



**Ana Carla Seabra
Torres Pires**

A terapia de grupo na doença oncológica

Group therapy in cancer disease

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Pereira (Professora Auxiliar com Agregação) e da Professora Doutora Sara Monteiro (Professora Auxiliar Convidada) do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Apoio da Liga Portuguesa contra o
Cancro.

Apoio financeiro da Fundação para a
Ciência e Tecnologia com uma bolsa
de investigação com a referência
SFRH/BD/44296/2008.

À minha filha.

o júri

presidente

Prof.^a Doutora Ana Isabel Couto Neto da Silva Miranda
Professora catedrática da Universidade de Aveiro

Prof.^a Doutora Maria Cristina Cruz Sousa Portocarrero Canavarro
Professora catedrática da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

Prof.^a Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora auxiliar com agregação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo
Professor auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Prof. Doutor Ricardo João Fernandes Teixeira
Assistente convidado da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto
do Instituto Politécnico do Porto

agradecimentos

Tornar este trabalho realidade foi possível devido à cooperação de diversas pessoas, a quem agradeço profundamente. Sem querer negligenciar a contribuição de nenhuma, gostava de deixar neste trabalho um registo do meu agradecimento especial a algumas.

À Professora Doutora Anabela Pereira e à Professora Doutora Sara Monteiro, pela oportunidade de estudo desta população extremamente enriquecedora, por todas as outras oportunidades de enriquecimento, pela orientação, pelo apoio, incentivo amigo e contínua disponibilidade.

Ao núcleo regional do centro da Liga Portuguesa contra o Cancro, pelo apoio a esta investigação. Em especial à Dr^a Salette Bastos e à Dr^a Natália Amaral, pelo apoio contínuo a este projeto e pelo exemplo de defesa acérrima e promoção da qualidade de vida dos doentes de cancro. Um agradecimento especial também à equipa de psico-oncologia, que contribuiu para a qualidade das intervenções. E também à Unidade de Senologia do Hospital de Braga.

À Doutora Sónia Remondes Costa, que se interessou em replicar este estudo num grupo de doentes em Vila Real, o que nos permitiu avaliar a aplicabilidade e eficácia da intervenção de grupo em sobreviventes de curta-duração.

Às Mestres Filipa Araújo, Ana Pinto e Débora Gonçalves, que colaboraram com as suas teses e com a minha co-orientação, com estudos preliminares sobre a intervenção de grupo em sobreviventes de cancro da mama.

A todas as pessoas que voluntariamente participaram nesta investigação, que permitiram que a sua contribuição se transformasse em resultados e em conhecimento, e que simultaneamente tiveram a bondade de partilhar as suas riquíssimas experiências de vida.

À Academia Portuguesa de Psico-oncologia e à Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, por terem reconhecido a qualidade de alguns trabalhos relacionados com esta investigação.

Aos colegas de gabinete, especialmente pela troca de ideias, mas também pela música de fundo, pelas gargalhadas e aventuras que tornaram todo este processo mais saudável. À Doutora Inês Direito, à Professora Doutora Paula Vagos, à Professora Doutora Isabel Santos, ao Professor Doutor Carlos Fernandes e à Mestre Odília Abreu, pelo apoio em todas as necessidades.

Ao meu pai, por me ter dado a oportunidade de conhecer um exemplo exímio de empenho, esforço e dedicação na prossecução de objetivos. Assim como não quero deixar de salientar o amor e carinho inigualável que me dedicou enquanto viveu e a importância que tal tem tido na minha vida, como no trabalho desenvolvido ao longo do doutoramento. Nada menos importante foi o apoio da minha família. À minha mãe quero agradecer todos os sacrifícios que fez de boa vontade para me possibilitar sempre uma vida com mais oportunidades. Também a ela, aos meus irmãos e sobrinhas, agradeço o carinho, a paciência e a compreensão, o incentivo e a confiança que me transmitiram. E como não poderia deixar de ser, à Eduarda, por ser a razão e a emoção de tudo.

Agradeço também o contributo dos meus amigos que foi decisivo para concluir este trabalho com entusiasmo. Ao Dr Óscar Nogueiro, pelo incentivo, pelas revisões e pela tentativa de promoção do meu bem-estar. Ao Tiago, por tudo e, como não podia deixar de ser, pelo apoio informático. E à Maria João pela disponibilidade para os momentos imprescindíveis de descontração.

palavras-chave

Sobreviventes, cancro da mama, intervenção de grupo, saúde mental, intervenção psicopedagógica, terapia cognitivo-comportamental.

Resumo

Existem milhões de sobreviventes de cancro da mama no mundo, em exponencial crescimento. Esta população pode apresentar preocupações relevantes acerca do futuro, depressão, ansiedade, sintomas pós-traumáticos, e comprometimento da qualidade de vida. As intervenções de grupo breves, estruturadas, especialmente as que incluem estratégias cognitivo-comportamentais, têm sido indicadas para esta população. O presente trabalho surge neste contexto, em que os estudos são escassos, especialmente em Portugal. Um conjunto de 5 estudos foi conduzido com o intuito de avaliar a eficácia de dois programas de intervenção de grupo breves e estruturadas de inspiração cognitivo-comportamental, um de tipo psicopedagógico e outro de terapia cognitivo-comportamental, em sobreviventes de cancro da mama. Nos primeiros dois estudos procedeu-se ao estudo das características psicométricas de dois instrumentos de avaliação, o Questionário de Formas de Lidar com o Cancro (CCQ) e o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9). Os dois estudos seguintes referem-se ao desenvolvimento dos programas de intervenção de grupo, acompanhados dos resultados preliminares. No último estudo avaliou-se a eficácia dos dois programas de intervenção na promoção do ajustamento psicossocial de 62 sobreviventes de cancro da mama, num estudo *quasi*-experimental, com pré e pós-testes e duas avaliações de seguimento (3 e 6 meses após a intervenção). Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: o CCQ; o PHQ-9; a Escala de Controlo Emocional (CEC); a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH); o questionário de qualidade de vida da Organização Europeia de Investigação e Tratamento de Cancro com o módulo suplementar de cancro da mama (EORTC QLQ-C30 e BR-23); o Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC); o Teste de Orientação de Vida - Revisto (TOV-R); o Perfil dos Estados de Humor (POMS); a Subescala de Crescimento Pessoal da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP); a sub-escala de espiritualidade e o Inventário de estado-traço de ansiedade (STAI). Resultados: As sobreviventes que não tiveram intervenção apresentaram deterioração de dois domínios da qualidade de vida, a função cognitiva e a dor, para além de piores resultados na subescala de vigor. A deterioração dos domínios da qualidade de vida manteve-se aos 3 meses e estendeu-se aos sintomas da mama, o que não se verificou com o vigor. O grupo com intervenção psicoeducativa apresentou melhoria do autoconceito até aos 6 meses. Neste grupo também se observou um aumento do controlo emocional até aos 3 meses. O grupo de terapia cognitivo-comportamental apresentou aumento do estado de ansiedade e diminuição do funcionamento de papel no final da intervenção, diminuição do funcionamento emocional aos 3 meses e aumento na hostilidade e na confusão aos 6 meses. Ambos os grupos com intervenção apresentaram diminuição do traço de ansiedade aos 6 meses. Foram encontradas diversas correlações significativas destes efeitos com variáveis demográficas, clínicas e psicossociais. Conclusão: As intervenções de grupo breves, de inspiração cognitivo-comportamental, mostraram contribuir para a redução do traço de ansiedade a longo prazo e para a manutenção da função cognitiva, da dor, do vigor, e dos sintomas da mama nas sobreviventes. O programa psicopedagógico parece ser mais indicado para as sobreviventes, pelos efeitos no autoconceito, com maior extensão a longo prazo. São referidas implicações para a prática clínica e para a promoção da saúde mental desta população.

keywords

Survivors, breast cancer, group intervention, mental health, psychoeducational intervention, cognitive behaviour therapy

Abstract

There is millions of breast cancer survivors' worldwide, in exponential growth. This population can present relevant worries about the future, depression, anxiety, post-traumatic symptoms and low Quality of Life. Brief structured group intervention, and specifically those that include cognitive-behavioural strategies, have been indicated for this population. The current work arises in this context, in which there are few studies, especially in Portugal. A set of 5 studies was conducted in order to evaluate the effectiveness of two brief group intervention programs, inspired in cognitive-behavioral approach, a psycho-educational intervention and a cognitive behavioral therapy, in breast cancer survivors. In the first two studies we proceed to the study of the psychometric characteristics of two assessment instruments, the Cancer Coping Questionnaire (CCQ) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). The next studies are related to the intervention programs' development, accompanied by the preliminary results. In the last study, it was evaluated the efficacy of both intervention programs on promotion of psychosocial adjustment of 62 breast cancer survivors in a *quasi*-experimental study, with pre and post test and 2 follow-up assessments (3 and 6 months after the intervention). We used the following assessment instruments: CCQ; PHQ-9; Courtauld Emotional Control Scale (CEC); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire with the Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module (EORTC QLQ - C30 and BR -23); Self-Concept Clinical Inventory (ICAC); Life Orientation Test - Revised (LOT-R); Profile of Mood States (POMS); Personal Growth subscale of the Scale of Psychological Well-Being (EBEP) and Subscale of Spirituality and Inventory of State - Trait anxiety (STAI). Results: Survivors who had no intervention showed deterioration in two domains of quality of life, pain and cognitive function, in addition to worse result on vigor subscale. The deterioration on domains of quality of life remained 3 months later and extended to the breast symptoms, which was not verified with the vigor. The psycho-educational intervention group showed improvement in self-concept up to 6 months. This group also showed an increase in the emotional control up to 3 months. The group of cognitive-behavioral therapy showed increased state of anxiety and reduced role functioning at the end of the intervention, a decreased emotional functioning at 3 months, and an increased hostility and confusion at 6 months. Both intervention groups presented a decrease in trait anxiety at the 6 months. We found several significant correlations of these effects with demographic, clinical and psychosocial variables. Conclusion: Brief group interventions, based on the cognitive behavioral approach, contributed to the reduction of trait anxiety and to the maintenance of cognitive function, pain, vigor and symptoms of breast cancer in survivors. The psycho-educational program seems more suitable for survivors, due to the effects on self-concept, more extent to long term. Implications are referred for the clinical practice and for the promotion of the mental health of this population.

Índice

Agradecimentos.....	vii
Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
Índice	1
Lista de Quadros	4
Lista de Quadros – Estudos empíricos.....	5
Lista de Figuras.....	7
Lista de Figuras – Estudos empíricos.....	7
Notas Introdutórias.....	9
Parte I Enquadramento	15
Capítulo 1 Doença oncológica e sobrevivência ao cancro da mama	17
1.1 Aspetos epidemiológicos do cancro.....	18
1.2 A sobrevivente de cancro da mama.....	21
1.2.1 Indicadores de ajustamento psicossocial.....	26
1.2.2 Algumas variáveis envolvidas no ajustamento psicossocial...	33
Capítulo 2 A intervenção de grupo	43
2.1 A intervenção psicológica em doentes com cancro.....	44
2.2 Tipos de intervenção de grupo para doentes oncológicos.....	48
2.3 Aspetos estruturais da intervenção de grupo.....	55
2.4 As intervenções de grupo breves, de inspiração cognitivo-comportamental, em sobreviventes de cancro da mama.....	57
2.4.1 Revisão dos estudos de eficácia da intervenção de grupo psicopedagógica em sobreviventes de cancro da mama.....	59
2.4.2 Revisão dos estudos de eficácia da terapia de grupo cognitivo-comportamental em sobreviventes de cancro da mama...	64
Parte II Contribuição pessoal	79
Capítulo 3 Metodologia geral.....	81
3.1 Delimitação do problema, definição e articulação das variáveis....	81
3.2 Metodologia geral.....	85

3.2.1 Desenho do Estudo.....	85
3.2.2 Amostra	87
3.2.3 Instrumentos de Avaliação	89
3.2.4 Programas de Intervenção.....	96
3.2.4.1 Objetivos das intervenções.....	96
3.2.4.2 Caraterísticas estruturais básicas das intervenções....	98
3.2.4.3 Descrição sumária das intervenções.....	98
3.2.4.4 Metodologia de construção das intervenções.....	100
3.2.5 Procedimentos gerais.....	104
3.2.6 Análise dos dados.....	105
3.3 Considerações éticas.....	106
Capítulo 4 Estudos empíricos.....	109
4.1 Estudo I – Estudo de validade da versão Portuguesa do Questionário de formas de lidar com o cancro.....	109
4.1.1 Resumo.....	109
4.1.2 Abstract.....	109
4.1.3 Introdução.....	110
4.1.4 Método	114
4.1.5 Resultados.....	120
4.1.6 Discussão e conclusão.....	124
4.2 Estudo II – Validity study of the PHQ-9 Portuguese version in a sample of Breast Cancer Women.....	127
4.2.1 Abstract.....	127
4.2.2 Introduction.....	128
4.2.3 Method	130
4.2.4 Results.....	134
4.2.5 Discussion.....	142
4.3 Estudo III – Descrição de um programa de intervenção de grupo psicoeducativo para sobreviventes de cancro da mama: uma proposta para a prática clínica.....	145
4.3.1 Resumo	145
4.3.2 Abstract.....	146

4.3.3	Introdução.....	147
4.3.4	Método	152
4.3.5	Resultados.....	162
4.3.6	Discussão.....	165
4.4	Estudo IV - Terapia de grupo cognitivo-comportamental para sobreviventes de cancro da mama: Descrição de um programa e avaliação preliminar da sua eficácia.....	167
4.4.1	Resumo	167
4.4.2	Abstract	168
4.4.3	Introdução	169
4.4.4	Método	170
4.4.5	Resultados	180
4.4.6	Discussão	183
4.5	Estudo V – O efeito das intervenções de grupo breves no ajustamento psicossocial de sobreviventes de cancro da mama.....	185
4.5.1	Resumo	185
4.5.2	Abstract	186
4.5.3	Introdução	188
4.5.4	Método	198
4.5.5	Resultados	222
4.5.6	Discussão.....	241
Parte III	Conclusão integrativa.....	251
Capítulo 5	Conclusão integrativa.....	253
	Referências bibliográficas	263
	Anexos.....	325

Lista de Quadros

Quadros

Quadro 1	Classificação dos cancros com maior mortalidade na Europa por sexo (adaptado de OMS, 2008).....	19
Quadro 2	Comparação das características da intervenção psicoeducativa e da terapia cognitivo-comportamental.....	52
Quadro 3	Estudos de aplicação de programas de intervenção de grupo psicopedagógicos a mulheres com cancro da mama.....	62
Quadro 4	Estudos de aplicação de programas de terapia de grupo cognitivo-comportamentais a mulheres com cancro da mama.....	69
Quadro 5	Desenho <i>quasi</i> -experimental do estudo principal.....	86
Quadro 6	Sequência de estudos realizados e objetivos correspondentes.....	87
Quadro 7	Instrumentos de avaliação e estudos empíricos em que foram utilizados.....	90
Quadro 8	Temas das sessões do programa psicoeducativo.....	99
Quadro 9	Temas das sessões da terapia de grupo cognitivo-comportamental	100

Lista de Quadros – Estudos empíricos

Estudo I

Tabela 1	Características sócio-demográficas das participantes.....	115
Tabela 2	Características clínicas das participantes	116
Tabela 3	Análise da consistência interna.....	122

Estudo II

Table 1	Sociodemographic and clinical variables.....	131
Table 2	Reliability analysis.....	135
Table 3	Relationship between PHQ-9 depression severity levels and QLQ C-30 functional scales.....	137
Table 4	Relationship between PHQ-9 depression severity levels and QLQ C-30 symptoms scales.....	138
Table 5	Relationship between PHQ-9 depression severity levels and BR- 23 scales.....	139
Table 6	Relationship between PHQ-9 depression severity levels and HADS severity levels.....	140
Table 7	Relationship between PHQ-9 depression severity levels and HADS quantitative scores.....	141

Estudo III

Quadro 1	Estudos de aplicação de programas psicopedagógicos a mulheres com cancro da mama.....	150
Quadro 2	Variáveis sociodemográficas e clínicas dos dois grupos amostrais.....	154

Quadro 3	Resultados no Pré e Pós-Testes do grupo psicoeducativo e do grupo de controlo.....	163
----------	--	-----

Estudo IV

Tabela 1	Temas das sessões.....	179
Tabela 2	Resultados no Pré- e Pós-Testes.....	181

Estudo V

Quadro 1	Caraterísticas sócio-demográficas e clínicas (Variáveis contínuas).....	203
Quadro 2	Caraterísticas sócio-demográficas e clínicas (Variáveis categoriais).....	204
Quadro 3	Caraterísticas psicossociais das participantes do estudo.....	207
Quadro 4	Temas das sessões do programa psicoeducativo.....	217
Quadro 5	Temas das sessões da terapia de grupo cognitivo-comportamental	218
Quadro 6	Ordem de trabalhos das Sessões de Avaliação (Pré-teste).....	219
Quadro 7	Resultados das variáveis psicossociais no pré e pós testes para todos os grupos.....	224
Quadro 8	Resultados nas variáveis psicossociais no pré e após três meses para todos os grupos.....	229
Quadro 9	Resultados nas variáveis psicossociais no pré e após seis meses para os dois grupos com intervenção.....	233
Quadro 10	Correlações entre as alterações do grupo de controlo e as variáveis contínuas.....	237
Quadro 11	Correlações entre as alterações do grupo de intervenção psicopedagógica e as variáveis contínuas.....	239

Quadro 12	Correlações entre as alterações do grupo de intervenção psicopedagógica e as variáveis contínuas.....	241
-----------	---	-----

Lista de Figuras

Figuras

Figura 1	Distribuição de mortes por grupos de causas (OMS, 2008).....	18
Figura 2	Estimativa da incidência e da mortalidade do cancro nas mulheres Portuguesas para 2012 (Observatório Europeu do Cancro, 2013).....	20
Figura 3	Diferentes concetualizações de sobrevivente de cancro.....	24
Figura 4	Variáveis no ajustamento emocional da sobrevivente de cancro da mama.....	41
Figura 5	Interação entre as variáveis principais.....	83
Figura 6	Interação das variáveis em uso	84

Lista de Figuras – Estudos empíricos

Estudo II

Figure 1	Test retest relation	135
----------	----------------------------	-----

Estudo V

Figura 1	Diagrama de participação nas fases do estudo.....	200
----------	---	-----

O cancro é uma das principais causas de morte (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008) e o cancro da mama é o tipo de cancro mais comum (Ferlay et al., 2013). Prevê-se que a incidência e prevalência de cancro aumentem exponencialmente nas próximas décadas (Ferlay et al., 2010).

O cancro da mama, apesar de continuar a ser o cancro com maior taxa de mortalidade nas mulheres em Portugal, tem mostrado variações desta taxa desde os anos 90 (Bastos, Barros & Lunet, 2007; Direção Geral de Saúde [DGS], 2002; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012), o que se encontra relacionado muito provavelmente com a abrangência e eficácia das medidas de deteção e tratamento (Aziz, 2002; McKean, Feigelson & Ross, 2000). Verifica-se que existe um elevado número de sobreviventes deste tipo de cancro, que é, aliás, o que representa a maioria dos sobreviventes de cancro no mundo (Ries et al., 1997; Ries et al., 2008; Feuerstein, 2007a).

Este número exponencial de sobreviventes de cancro da mama, que neste trabalho são entendidas como todas as doentes de cancro da mama em período livre de sinais de doença, apresenta um risco acrescido de morbilidade. Para além de poderem sofrer de vários efeitos tardios e de longa duração físicos, pelo menos uma percentagem não negligenciável de sobreviventes de cancro da mama (que varia entre 15% e 40%, conforme os estudos) também apresenta morbilidade psicológica, o que pode comprometer a qualidade de vida, ou pelo menos alguns domínios da qualidade de vida destas doentes, como o domínio físico, sexual, psicológico, social, de papel e espiritual (Andreu et al., 2011; Burgess et al., 2005; Deimling, Kahana, Bowman & Schaefer, 2002; Fallowfield, Hall, Maguire & Baum, 1990; Hewitt, Greenfield, Stoval, 2005; Massie, 2004; Mehnert & Koch, 2008).

É neste seguimento que são necessárias medidas de intervenção para promover a qualidade de vida desta população (Aziz, 2002, Aziz, 2007a; Bezjak et al., 2001; Bloom, Kang, Petersen & Stewart, 2007; Earle, 2006; Institute of Medicine, 2006, cit. por Doyle, 2008; Justo, 2001; Kattlove & Winn, 2003; McCray, 2000; Mols, Vingerhoets, Coebergh, & Van de Poll-Franse, 2005; Morris, Perez & McNoe, 1997; Nezu & Nezu, 2007; Pais-Ribeiro, 2001; Pimentel, 2002, 2003; Rowland, 2007; Rowland & Bellizzi, 2008). Esta necessidade é ainda mais marcada por os estudos de eficácia de intervenções para

sobreviventes de cancro serem raros (McQuellon & Danhauer, 2007). Esta necessidade de estudo de intervenções específicas para os sobreviventes vai de encontro à conclusão de Diefenbach, Mohamed, Turner e Diefenbach (2010), relativa à importância das intervenções serem especializadas, não serem as mesmas para todos os tipos e fases de cancro, pelo que se incentiva o desenvolvimento de intervenções com componentes para a sobrevivência.

Aziz (2002, 2007a) sugere que o desenvolvimento e disseminação de intervenções baseadas na evidência podem ajudar os sobreviventes a adaptarem-se à doença, a reduzir a morbilidade e mesmo a mortalidade associada à mesma. Para tal, é necessário que se realizem mais estudos clínicos randomizados com programas de intervenção para sobreviventes, conforme adverte McQuellon e Danhauer (2007). Salienta-se que é necessário avaliar não só os problemas resultantes do cancro, mas também os benefícios de sobreviver ao cancro e aos tratamentos (Bloom, et al., 2007), bem como, a qualidade de vida (Mols et al., 2005). Aliás, um importante indicador do êxito das intervenções em oncologia é a qualidade de vida (Bezjak et al., 2001; Morris et al., 1997; Pimentel, 2002 e 2003), já que é primordial que a promovam (McCray, 2000). Justo (2001, p. 51) explicita esta ideia, ao afirmar que “entre as necessidades de intervenção, são de primordial importância as que se referem à manutenção ou recuperação da qualidade de vida”. Também a *American Society of Clinical Oncologists* sugere que todos devem trabalhar para promover cuidados adequados a longo prazo de elevada qualidade porque os cuidados aos doentes não terminam com o fim dos tratamentos, defendendo que estes cuidados não se devem restringir à vigilância médica, mas ter em consideração os efeitos crónicos do cancro (dor, depressão/ansiedade, fadiga, menopausa prematura), bem como, controlar e prevenir os efeitos tardios como a osteoporose, a doença cardíaca e doenças secundárias, para além de promover um estilo de vida saudável (Earle, 2006; Institute of Medicine, 2006, cit. por Doyle, 2008). Autores como Kattlove e Winn (2003) fazem advertências semelhantes relativamente aos cuidados com as sobreviventes de cancro da mama, salientando que devem ter em conta os problemas psicossociais. E Ganz e Hann (2008) fornecem guias de como implementar estes planos de cuidados. A promoção da qualidade de vida desta população é também importante por existirem estudos que indicam que este pode ser um indicador de prognóstico do tempo de sobrevivência em doentes com cancro (Quinten et al., 2009), ainda que não sejam consensuais quanto ao cancro da mama (Coates

et al. 1992; Efficace et al. 2004; Goodwin 2004; Kramer et al. 2000; Luoma et al. 2003; Winer et al. 2004).

As medidas de intervenção são especialmente importantes por se saber que as dificuldades psicológicas dos doentes de cancro, e dos sobreviventes em particular, são muitas vezes negligenciadas (Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins & Saul, 2001; Passik et al., 1998; Sellick & Crooks, 1999; Söllner et al., 2001; Somerset, Stout, Miller, & Musselman, 2004; Wolff, 2007), não recebendo tratamento, o que pode comprometer não só a qualidade de vida, mas também a adesão aos tratamentos e a própria sobrevivência (Badger, Braden & Mishel, 2001; Badger, Braden, Mishel & Longman, 2004; Bui, Ostir, Kuo, Freeman & Goodwin, 2005; Friedman et al., 2006; Quinten et al., 2009; Skarstein, Aass, Fossa, Skovlund & Dahl, 2000; Tomich & Helgeson, 2002).

Apesar de existirem vários estudos de eficácia e de revisão que indicam que as intervenções psicológicas são eficazes na promoção do ajustamento psicológico e da qualidade de vida dos doentes de cancro, especialmente as mais estruturadas, como a cognitivo-comportamental e a psico-educativa, é necessário continuar a investigação nesta área, quer por serem necessários mais estudos com maior rigor metodológico (Faller et al., 2013; Lepore & Coyne, 2006; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Williams & Dale, 2006), quer por questões centrais continuarem sem resposta, nomeadamente que tipo de tratamento é mais eficaz para que tipo de doentes e em que fase da doença (McQuellon & Danhauer, 2007).

As intervenções cognitivo-comportamentais têm sido defendidas como um tratamento de primeira escolha para o sofrimento emocional de doentes com doenças físicas (Gastelum, Muskin & Shapiro, 2013; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009) e de cancro (Jacobsen & Jim, 2008; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; Osborn, Demoncada & Feurstein, 2006; Uitterhoeve et al., 2004; Williams & Dale, 2006). Osborn et al. (2006) encontraram um tamanho do efeito elevado (1.99) das intervenções cognitivo-comportamentais especificadamente em sobreviventes de cancro. O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2009) recomenda especialmente o uso da intervenção de grupo cognitivo-comportamental em adultos com problemas de saúde crónicos, bem como Jacobsen e Jim (2008), que referem que as estratégias de relaxamento, isoladas ou em conjunto com o ensino ou treino de competências, são as mais recomendadas para a

prevenção e alívio da ansiedade e depressão na fase posterior ao final dos tratamentos ativos. Já em 1997, Bloch e Kissane consideravam que este tipo de terapia de grupo era adequado para a preparação para a fase de sobrevivência.

O presente trabalho surge neste contexto, procurando estudar a eficácia, através de indicadores de ajustamento psicossocial, de dois programas de intervenção de grupo breves de inspiração cognitivo-comportamental, um de tipo psicopedagógico e outro de terapia cognitivo-comportamental, em sobreviventes de cancro da mama Portuguesas. Que seja do nosso conhecimento este é dos primeiros trabalhos de estudo de aplicação de intervenção de grupo a sobreviventes de cancro em Portugal, a par dos estudos preliminares realizados pela equipa da Universidade de Aveiro. Outros trabalhos têm sido realizados com doentes oncológicos noutras fases da doença, especialmente a fase de tratamento, em que os autores salientaram que é fundamental investir no estudo destas intervenções “na fase crónica da doença” (Sousa, 2007, p. 96), isto é, na fase da sobrevivência.

Com o intuito de se alcançar o objetivo proposto desenvolveu-se este trabalho, constituído por 5 capítulos, ao longo de 3 partes, a Parte I, de enquadramento teórico desta problemática, a Parte II, de apresentação da contribuição pessoal com os estudos realizados e a Parte III, de conclusão integrativa.

Na primeira parte, ao longo de 2 capítulos introdutórios, debruçamo-nos sobre o estado da arte relativo às temáticas deste trabalho, a sobrevivência ao cancro e as intervenções de grupo breves de inspiração cognitivo-comportamental.

No primeiro capítulo é realizada uma caracterização da sobrevivência ao cancro da mama. Depois de se contextualizar a problemática de cancro da mama em termos epidemiológicos, é realizada uma revisão da literatura das variáveis psicológicas das sobreviventes de cancro da mama, dando-se especial relevo à psicopatologia e ao ajustamento emocional, às estratégias de coping, à espiritualidade, às características de personalidade, ao crescimento pessoal e à qualidade de vida.

No capítulo dois tenta-se percorrer as intervenções de grupo, especialmente de inspiração cognitivo-comportamental, que têm sido desenvolvidas e testadas com sobreviventes de cancro da mama. De facto, verifica-se que existem poucas intervenções de grupo desenvolvidas para a fase de sobrevivência, o que se deve provavelmente a não ser uma fase da doença aguda e, portanto, apresentar maior probabilidade de ajustamento psicossocial. Assim, optámos por rever a literatura existente deste tipo de intervenção para

doentes de cancro da mama em geral, enfatizando as investigações com a população de sobreviventes em particular. É também neste capítulo que contextualizamos os diferentes tipos de intervenção de grupo para doentes de cancro no seio da intervenção psicológica existente e que distinguimos, do ponto de vista teórico, a intervenção de grupo psicopedagógica da terapia de grupo cognitivo-comportamental. Também são abordados os aspetos estruturais que a literatura indica que devem ser tidos em consideração neste tipo de intervenção.

A segunda parte desta dissertação, desenvolvida em dois capítulos, é dedicada à apresentação do projeto de investigação levado a cabo em sobreviventes de cancro da mama Portuguesas e à apresentação dos cinco estudos empíricos desenvolvidos para a sua concretização.

O terceiro capítulo inicia, então, a segunda parte, e consiste na apresentação da metodologia geral deste trabalho, apresentando-se sumariamente as amostras utilizadas nos 5 estudos realizados, as metodologias e os instrumentos de avaliação e de intervenção. É também dedicado um ponto às considerações éticas que procurámos assegurar no desenvolvimento e implementação deste projeto.

No capítulo quatro são apresentados todos os estudos empíricos individualmente, que se encontram em formato de artigos publicados, aceites, em fase de preparação ou de submissão, para publicação em revistas científicas nacionais e internacionais com arbitragem científica. O último estudo consiste numa exceção, pois não se encontra num formato de artigo publicável, pois possui uma extensão mais longa, suficientemente detalhada, por consistir no estudo principal deste trabalho. Os estudos descritos neste capítulo procuram acrescentar novos dados e instrumentos de avaliação e intervenção à literatura científica, relativos aos doentes de cancro em geral e às sobreviventes de cancro da mama em particular, principalmente em Portugal onde as investigações sobre estas temáticas são escassas. Este capítulo começa por apresentar os estudos de validade da versão Portuguesa de dois instrumentos de avaliação utilizados, o Questionário das formas de lidar com o cancro ou CCQ (Estudo I) e o Questionário de saúde do paciente para avaliação da depressão ou PHQ-9 (Estudo II). Também foi necessário desenvolver os dois programas de intervenção de grupo, que são apresentados nos estudos III e IV. Tratam-se, portanto, de artigos de descrição do processo de desenvolvimento dos programas de intervenção, que também incluem alguns dos resultados preliminares encontrados. São

estudos preliminares do estudo principal, que se apresenta, por último, no estudo V. Neste estudo, o principal deste trabalho, é avaliada a eficácia de dois tipos de intervenção de grupo breve, um programa de intervenção psicopedagógica e outro de terapia de grupo cognitivo-comportamental, na adaptação psicossocial de sobreviventes de cancro da mama.

Na terceira e última parte deste trabalho, que integra o capítulo cinco, procurou-se integrar a discussão e conclusão dos resultados de todos os estudos empíricos deste trabalho. Nesta parte é realizada uma reflexão integrativa dos resultados obtidos nos estudos empíricos desenvolvidos, tendo em consideração a literatura científica atual. No âmbito desta reflexão são retiradas implicações clínicas e de investigação importantes, bem como, são sugeridos estudos para o futuro, que possam dar seguimento ao trabalho realizado.

Esta investigação insere-se no âmbito da psico-oncologia, que é uma disciplina recente, que tem sido desenvolvida desde a segunda metade do século XX, em resposta aos desafios psicossociais colocados pela experiência de cancro (Gil, Sirgo, Lluch, Maté & Estradé, 2001; Watson & Kissane, 2011). Dentro desta, insere-se no campo de estudos da sobrevivência ao cancro, que é uma área ainda mais recente, podendo afirmar-se que se encontra no seu início, na infância (Brennan, 2001; Feuerstein, 2007b), com a imaturidade própria da sua recente evolução (Doyle, 2008). E insere-se ainda numa área mais específica, muitas vezes designada por reabilitação dos doentes de cancro, por estudar intervenções com o intuito de promover o ajustamento global após a remissão do cancro, em que são utilizadas diferentes estratégias de fortalecimento das estratégias de *coping*, do apoio social e de restabelecimento do funcionamento global (Ronson & Body, 2002). É para esta área de conhecimentos recente que pretendemos contribuir com os resultados, conclusões e implicações deste trabalho.

O presente trabalho de investigação poderá constituir um importante contributo para o campo da psico-oncologia e da reabilitação de sobreviventes de cancro da mama, pois não só são desenvolvidos dois programas de intervenção de grupo para sobreviventes, como é testada e comparada a sua eficácia, para além de serem estudados dois instrumentos de avaliação psicológica para doentes de cancro da mama.

Parte I – Enquadramento

“De que é que precisas? – Repetiu para si mesmo.

– De quê? – De não sofrer. De viver.”

A morte de Ivan Ilitch

Lev Tolstoi

Capítulo 1

Doença oncológica e sobrevivência ao cancro da mama

Todos os organismos de seres vivos são formados por sistemas e estes por órgãos, sendo a célula a estrutura funcional que os constituem. As células normais foram programadas ainda durante a fase embrionária para realizar funções específicas, com vista a fazer parte do funcionamento dos órgãos a que pertencem. Conforme explica Holland (1998a), num capítulo sobre a biologia do cancro para psico-oncologistas, as células cancerígenas são células que, ao possuírem uma mutação genética, não conseguem limitar o seu crescimento. O cancro é, então, resultado do crescimento e da divisão incontrolláveis destas células (neoplasias), que não respeitam os limites normais das outras, invadindo e destruindo os tecidos adjacentes, interferindo com o funcionamento dos órgãos e sistemas que invadem. Como também é explicado pelo autor, o cancro não está restrito a uma parte anatómica e pode alastrar-se a outros locais, ocorrendo o processo de metastização. Os tecidos mais frequentemente metastizados são os nódulos linfáticos, o fígado, os pulmões, o esqueleto ósseo e o cérebro. Devido às características das células cancerígenas referidas, por colidirem com os nervos da região afetada, é possível ocorrerem sintomas físicos adversos como dores, obstipação, falta de apetite, vômitos, ulceração, hemorragias, irritação dos tecidos, infeções, febre, perda de peso e fadiga, entre outros. Existem vários tratamentos, com diferentes efeitos secundários, a que as pessoas com cancro podem ser sujeitas, que são diferentes tipos de cirurgias, radioterapias e quimioterapias, bem como, a terapêutica hormonal.

O cancro da mama é um tumor maligno que se desenvolve nas células do tecido mamário, que se trata de um grupo de células alteradas (neoplásicas) que invadem as células vizinhas e podem alastrar-se (metastizar) para outras partes do corpo. As consequências da doença e os efeitos dos tratamentos, na fase da sobrevivência, podem comprometer a saúde física e mental de algumas das mulheres afetadas, bem como, a qualidade de vida.

Como veremos neste capítulo, não só se tem verificado um aumento da incidência de cancro, como se tem conseguido que um maior número de pessoas consiga viver mais tempo depois desse diagnóstico. É sobre a caracterização psicológica destes sobreviventes,

em exponencial crescimento, que nos iremos debruçar em seguida, depois de abordarmos alguns aspetos epidemiológicos da doença.

1.1 Aspetos epidemiológicos do cancro

As doenças oncológicas são das doenças mais comuns atualmente e as que apresentam uma perspetiva de aumento mais preponderante para o futuro. A OMS (2008) retrata esta realidade de forma muito clara e indica que estas doenças consistem na terceira principal causa de morte a nível mundial, depois das doenças cardiovasculares e das doenças infecciosas, como podemos observar na Figura 1.

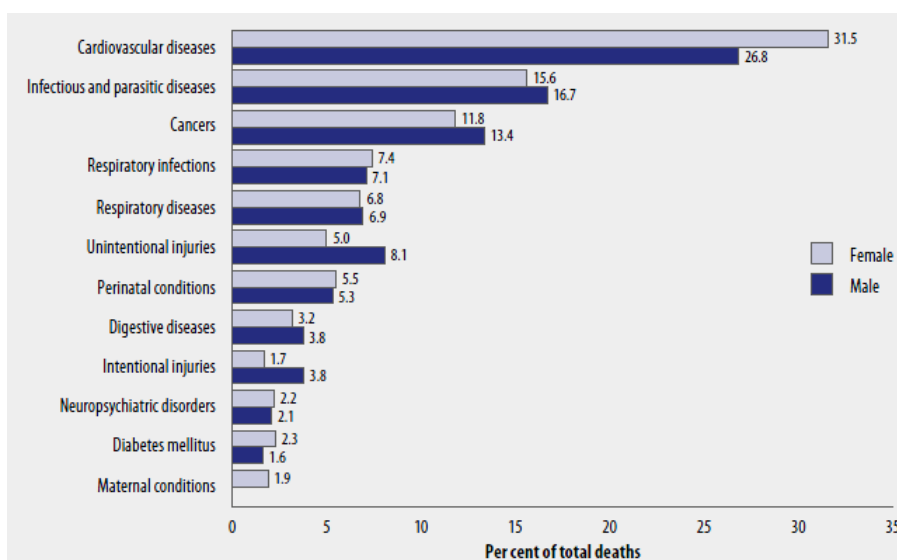


Figura 1. Distribuição de mortes por grupos de causas (OMS, 2008)

A expectativa de continuação do aumento da incidência destas doenças a nível mundial encontra-se bem documentada no estudo da *Union for International Cancer Control* (UICC), em que Ferlay e colaboradores (2010) concluem que o aumento nos países desenvolvidos será dramático. Ainda de acordo com a OMS (2008), o cancro da mama é a causa de morte mais comum entre as mulheres europeias (Ver Quadro 1), enquanto nos homens é o cancro na traqueia, brônquios e pulmão que mais vítimas mortais causa.

Quadro 1

Classificação dos cancros com maior mortalidade na Europa por sexo

(adaptado de OMS, 2008)

Homens		Mulheres	
Traqueia, brônquios e pulmão	1	Mama	1
Estômago	2	Cólon e reto	2
Cólon e reto	3	Estômago	3
Próstata	4	Traqueia, brônquios e pulmão	4
Boca e orofaringe	5	Cólo do útero	5
Bexiga	6	Ovário	6
Pâncreas	7	Pâncreas	7
Leucemia	8	Leucemia	8
Esófago	9	Corpo do útero	9
Fígado	10	Linfoma e mieloma múltiplo	10
Linfoma e mieloma múltiplo	11	Fígado	11
Melanoma e outros cancros de pele	12	Esófago	12

Estimativas recentes apontam que existiram 3.45 milhões de novos casos de cancro na Europa em 2012 e 1.75 milhões de mortes por cancro, em que o cancro da mama surge como o tipo de cancro mais comum, representando 28.8% do total dos diagnósticos de neoplasmas, com 464 000 casos (Ferlay et al., 2013). Também em Portugal se verifica a mesma realidade, que retrata a importância do cancro da mama na proporção de doentes de cancro e de mortalidade por cancro (Direção Geral de Saúde, 2002; INE, 2012; Ministério da Saúde, 2004, 2009; Miranda; 1994).

Através das estimativas originadas pelo projeto Observatório Europeu de Cancro (ECO¹), da responsabilidade da *International Agency for Research on Cancer*, foi possível produzir os gráficos de incidência e mortalidade por tipo de cancro na mulher Portuguesa, que também retratam esta realidade (ver Fig. 2).

¹ <http://eco.iarc.fr/>

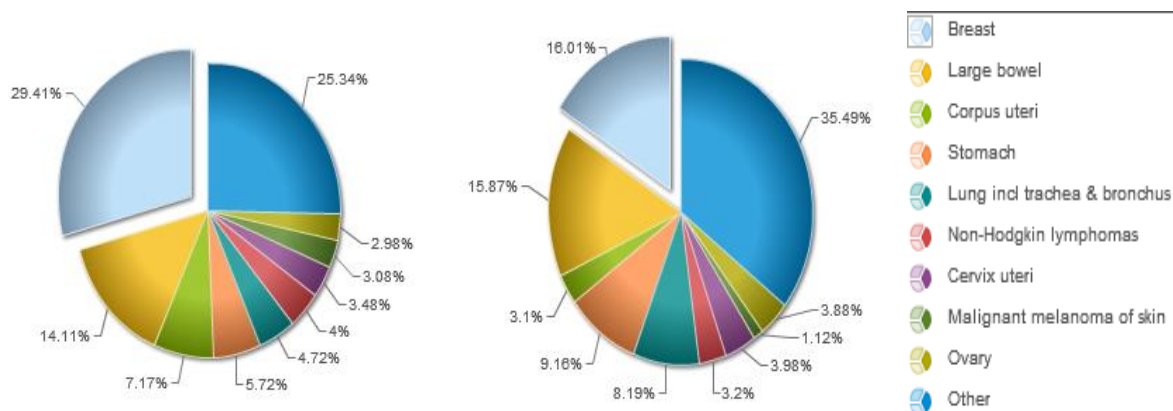


Figura 2. Estimativa da Incidência e da mortalidade do cancro nas Mulheres Portuguesas para 2012 (Observatório Europeu do Cancro, 2013)

Consegue-se observar com a Fig. 2 que a incidência do cancro da mama é muito mais elevada do que a dos outros cancros e que continua a ser o que causa mais mortes nas mulheres portuguesas. No entanto, observa-se uma diferença considerável entre a taxa de incidência e de mortalidade, o que nos indica a eficácia das medidas de redução da mortalidade. A melhoria e abrangência dos métodos de deteção precoce e dos tratamentos têm contribuído para a diminuição significativa da mortalidade por cancro da mama (Aziz, 2002; McKean et al., 2000). Assim, apesar de se verificar um aumento de incidência de cancro na população Portuguesa (INE, 2002), tem-se verificado variações da mortalidade por cancro da mama em Portugal, assistindo-se a uma diminuição das taxas de mortalidade em 2002, ao contrário do que acontecia até ao início dos anos 90 (Bastos et al., 2007; Direção Geral de Saúde, 2002) e do que se voltou a verificar a partir de 2006 (INE, 2012). Existe, portanto, um número muito significativo de pacientes de cancro a sobreviver para além dos 5 anos do diagnóstico, sendo o cancro da mama um dos cancros que apresenta melhoria de percentagens de sobrevivência mais visíveis (Ries et al., 1997). O cancro da mama é o tumor com maior prevalência, e, portanto, o que tem maior número de sobreviventes no mundo (Ries et al., 2008). Estima-se que existem 4.4 milhões de sobreviventes de cancro da mama no mundo (Ferlay, Bray, Pisani, & Parkin, 2004). O cancro em geral e o cancro da mama em particular, pode, então, ser considerado uma doença curável para muitos e uma doença crónica para a maioria (Aziz & Rowland, 2003; Pimentel, 2006), sendo que 62% dos adultos diagnosticados com cancro hoje podem esperar estar vivos daqui a 5 anos (Aziz, 2002).

Foi só a partir dos anos 70, altura em que o número de sobreviventes de cancro atingiu os 50% (Jemal et al., 2004), que os sobreviventes de cancro começaram a ser um campo de estudo, assistindo-se a um ponto de viragem, descentralizando-se do estudo da melhoria do prognóstico e da diminuição da mortalidade por cancro para o estudo da vida e da qualidade de vida dos sobreviventes de cancro (Pais-Ribeiro, 2001; Rowland, 2007; Rowland & Bellizzi, 2008).

Atendendo à prevalência desta problemática, à estimativa do aumento de incidência e à continuação da melhoria e abrangência da deteção e dos tratamentos, é compreensível que os sobreviventes de cancro constituam uma das prioridades do plano nacional de saúde atual (Ministério da Saúde, 2004, 2009) e o sejam cada vez mais. No ponto seguinte vamos tentar elucidar o conceito de sobrevivente de cancro, e de cancro da mama em particular, bem como, fazer uma caracterização das variáveis psicológicas desta população.

1.2 A sobrevivente de cancro da mama

Os sobreviventes de cancro têm sido designados e definidos de forma diversa, verificando-se pouco consenso na definição deste conceito (Findley, 2007; Rendle, 1997).

O conceito de sobrevivente de uma doença surgiu nos anos 60 para fazer referência à vida depois de um enfarte do miocárdio (Lew, 1967), tendo-se começado a utilizar na literatura relacionada com o cancro nos anos 80 (Shanfield, 1980).

Em 1985, Fitzhugh Mullan, médico e simultaneamente sobrevivente de cancro, defendeu que o termo sobrevivente é mais adequado do que o de “curado”, já que nunca se sabe se a doença está de facto presente (mesmo quando a doença se encontra em remissão). A proposta de designação de sobrevivente feita por este autor foi fundamentada na ideia de que todas as pessoas que passaram pela experiência de cancro, independentemente de se considerarem “curadas” ou não e dos diferentes tipos de cancro que tenham tido, partilham desta experiência e de várias consequências comuns, o que faz com que constituam um grupo separado daqueles que nunca a experienciaram. Este autor também propôs 3 estádios de sobrevivência, o agudo (fase de diagnóstico e tratamentos), o prolongado (final de tratamentos ou remissão da doença) e o permanente (quando a recorrência de cancro é mais improvável). Esta proposta original, apesar da sua importância, foi baseada na experiência pessoal e clínica e, conforme também entende Feuerstein (2007b), entendemos que é

importante adotar-se uma caracterização mais científica. A definição médica que existia e que era aplicada na altura em que surgiram as reflexões de Mullan estabelecia que somente os doentes de cancro livres de doença por pelo menos 5 anos é que podiam ser considerados sobreviventes (Doyle, 2008; Rowland, 2007; Shanfield, 1980). Também Carter (1993) defende que o sobrevivente é aquele que já teve a doença há 5 anos e que não teve qualquer recorrência durante esse período. A partir de uma definição bio-médica, a sobrevivência refere-se ao período quando a terapia termina, utilizando-se períodos de 2, 5 ou 10 anos após o diagnóstico, ou a altura em que se consegue a remissão da doença (Leigh, 2001). Uma das razões para a adoção do período de 5 anos está relacionada com se considerar que existe uma redução significativa do risco de recorrência nesta data (Hewitt et al., 2005).

Foi em 1986, com Mullan e alguns seguidores, ao estabelecerem o *National Coalition for Cancer Survivorship* (NCCS²), que foi proposto que o sobrevivente é-o desde o momento de diagnóstico até à sua morte, independentemente da causa da morte (Rowland, 2007). Esta entidade adota uma definição tão abrangente que atualmente até considera que os familiares, amigos e cuidadores são sobreviventes, por também sofrerem o impacto da experiência de sobrevivência. No nosso entender e baseando-nos nas estimativas de incidência da doença, esta definição é demasiado abrangente, pois, se a adotassemos hoje, e cada vez mais, ninguém não seria sobrevivente de cancro. Para outras entidades, como a *Macmillan Cancer Support*, no Reino Unido, um sobrevivente é, antes, um doente de cancro que já completou uma fase inicial de tratamentos e no qual já não existe evidência da doença, ou que já teve a doença no passado, ou ainda, o doente que está em fase progressiva da doença, mas que ainda não está em fase terminal³. Em síntese, enquanto alguns autores defendem que se deve considerar um sobrevivente de cancro desde o diagnóstico (Breaden, 1997; Ferrell & Dow, 1996; Little, Sayers, Paul & Jordans, 2000; Mullan, 1985), outros sugerem que a pessoa deve viver alguns anos livre da doença (Carter, 1993; Findley, 2007; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007a) e outros ainda adotam uma

² Retirado de: <http://cancercontrol.cancer.gov/ocs/definitions.html>

³ Retirado de:
<http://www.macmillan.org.uk/GetInvolved/Campaigns/Weareaforceforchange/Survivorship/Livingwithorbeyondcancer.aspx>

postura intermédia, assumindo que um sobrevivente é-o a partir do momento em que existe remissão da doença (Feuerstein, 2007a).

Para Feuerstein (2007b), o conceito de sobrevivência está em constante construção, em reflexo do conhecimento adquirido nesta área. Este campo de estudo encontra-se ainda no seu início, na infância (Feuerstein, 2007b), com a imaturidade própria da sua recente evolução (Doyle, 2008). Este autor, enquanto editor da revista científica “The Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice”, estabelece que um sobrevivente é aquele que já completou a parte mais significativa dos tratamentos do primeiro diagnóstico de cancro e que “querem continuar a sua vida” (Feuerstein, 2007b, p.7).

Na figura seguinte procura-se sintetizar esquematicamente as várias perspectivas acerca do conceito de sobrevivente de cancro que percorremos, para além de se distinguir as diferentes fases de sobrevivência de Mullan (1985), na definição representada com a letra “B”. Podemos constatar que a definição mais abrangente foi a que teve origem nessa reflexão e que todas as outras definições são mais restritas e estipulam o início para o final dos tratamentos ou para a ausência de sinais de doença. Algumas não estabelecem como final o aparecimento de uma recidiva ou o início da fase terminal, enquanto outras diferenciam estas duas fases. Neste trabalho, os sobreviventes a que nos referimos são os estabelecidos pelas definições mais restritivas, as definições representadas com a letra “D” e “E”, que correspondem à fase prolongada e permanente da definição de Mullan (1985). Só englobamos os sobreviventes que já não apresentam sinais da doença, os que ainda estão em tratamentos (mas que estão em fase de remissão da doença) ou que já terminaram os tratamentos (note-se que a maioria das doentes de cancro da mama efetua hormonoterapia durante 5 anos) e que não se encontram em fase de recaída. Assumimos neste trabalho, portanto, que um sobrevivente é um doente de cancro em fase livre de doença, por consideramos que estes sobreviventes apresentam características de sobrevivência e necessidades distintas do que se entende num conceito mais alargado. Na nossa opinião, alargar este conceito, do ponto de vista metodológico aumenta o risco dos resultados serem influenciados por outras variáveis e fatores que não são controladas, existindo maior probabilidade de *confounding* ou enviesamento.

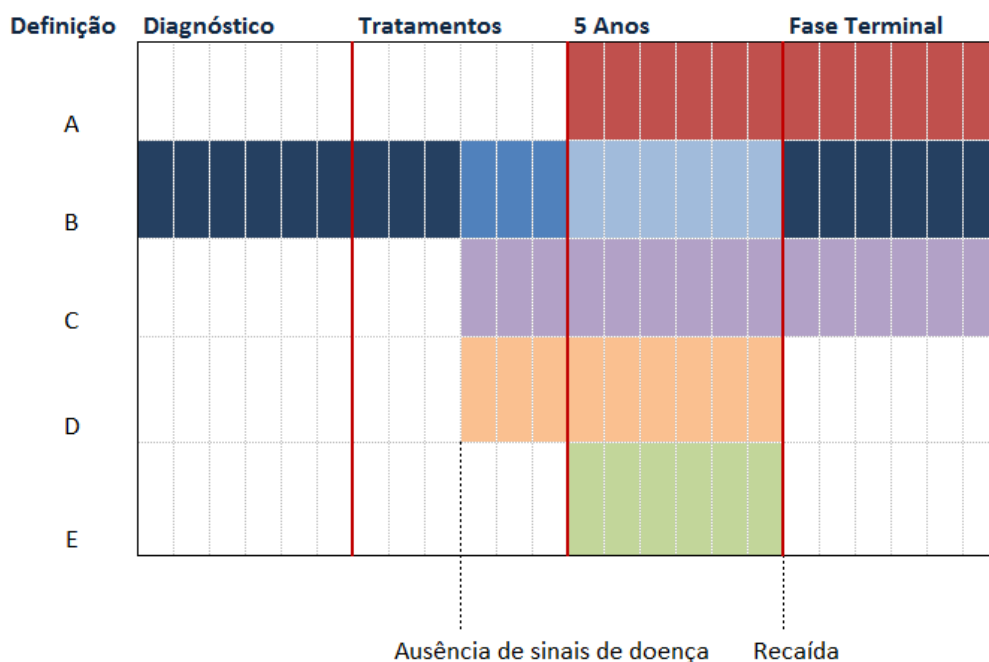


Figura 3. Diferentes conceitualizações de sobrevivente de cancro

Os sobreviventes que receberam o diagnóstico de cancro primário há 5, 10, 15 e 20 anos podem ser designados de sobreviventes de longa duração (Aziz, 2007a; Gotay & Muraoka, 1998). Outros conceitos importantes são os de efeitos tardios e de longa duração dos tratamentos de cancro. Conforme explica Aziz (2007a), a maioria das intervenções terapêuticas está associada a várias complicações tardias que variam das que são menores e tratáveis às mais sérias e, ocasionalmente, letais. Como expõe o mesmo autor, os efeitos tardios referem-se a toxicidades não reconhecidas inicialmente que se manifestam (meses ou anos) mais tarde, enquanto os de longa duração são os que persistem desde a fase dos tratamentos. Os problemas cognitivos, a fadiga, o linfedema e a neuropatia periférica são categorizados por vários autores como efeitos tardios (e.g. Herold & Retzheim, 1992). Em termos de sequelas físicas, para além da fadiga, linfedema e neuropatias já referidas, podem surgir sintomas como: incontinência, síndrome de dor, alterações de imagem (amputações, ostomias, alterações de pele e cabelo) e comorbilidades (osteoporose, artrite e hipertensão) (Aziz, 2007a). As causas mais comuns de mortalidade destes efeitos em sobreviventes sem sintomas de cancro são as doenças cardíacas e os neoplasmas malignos secundários (Aziz, 2007a). Vários autores defendem que a combinação da quimioterapia e da radioterapia está mais frequentemente associada aos efeitos tardios (Aziz & Rowland, 2003). A idade de diagnóstico e de realização de tratamentos também contribui para os

efeitos tardios e de longa duração experienciados, conforme explica Aziz (2007a). Assim, se ocorrerem em idade reprodutiva, um dos efeitos que tem de ser salvaguardado é a função reprodutiva e os cancros secundários. Enquanto na meia-idade, as sequelas possíveis englobam a menopausa prematura, problemas relacionados com a sexualidade e intimidade, alterações neurocognitivas, cardíacas e osteoporose. Nos doentes idosos, verifica-se um aumento da vulnerabilidade a problemas de saúde relacionados com a idade, como a diabetes, a doença pulmonar obstrutiva crónica, a doença cardíaca, a artrite e a hipertensão. É no seguimento deste risco acrescido de morbilidade e mortalidade que este autor conclui que as intervenções e tratamentos que possam melhorar ou gerir eficazmente os efeitos persistentes ou tardios do tratamento devem ser desenvolvidos e promovidos para implementar com esta população. Em 2002, Aziz tinha sintetizado que a idade é um fator importante na implicação que o cancro tem, acrescentando, no entanto, outro fator importante, o grau em que a doença e os seus efeitos obrigam a uma mudança nos planos de vida. No seguimento dos efeitos da doença, este autor também sublinha a importância da investigação de estratégias para prevenir ou diminuir sequelas fisiológicas e psicossociais adversas e dos estudos desenhados para avaliar a eficácia de intervenções específicas. Já há 10 anos o governo dos Estados Unidos reconheceu em relatório que era necessário aumentar a compreensão dos sobreviventes de cancro, incluindo os determinantes dos efeitos tardios fisiológicos e psicológicos, a prevalência de cancros secundários, bem como, o desenvolvimento futuro de intervenções eficazes para esta população (Feuerstein, 2007a). Lemieux, Bordeleau e Goodwin (2007) também fazem uma revisão exaustiva das implicações médicas e da associação destas às implicações psicológicas e de qualidade de vida dos sobreviventes de cancro da mama, nomeadamente à morbilidade psicológica, disfuncionalidade social e sexual e maior impacto da doença, sendo tanto pior quanto mais jovens são as sobreviventes e especialmente as que foram sujeitas a quimioterapia, referindo-se, no entanto, benefícios espirituais como o aumento de esperança e contribuição para ter um propósito de vida. Estes autores referem, à semelhança de Aziz (2007a), que estes efeitos são dependentes da idade e de outros fatores, como o tipo de tratamentos e o tempo que decorreu desde as intervenções. Assim, concluem que há maior impacto da quimioterapia e da mastectomia, e de uma idade precoce, no funcionamento sexual, no ajustamento psicológico e no domínio social. Enquanto as doentes mais idosas apresentam dificuldades físicas e de apoio social piores.

Por fim, concluem que as áreas essenciais para investigação de intervenção são a de sofrimento emocional, a disfunção sexual, a imagem corporal, a disfunção cognitiva e a fadiga, afirmando a necessidade de desenvolvimento e avaliação de intervenções nestas áreas.

A sobrevivência ao cancro é, em suma, um processo contínuo, em que as pessoas se vão reconhecendo como sobreviventes (Dow et al., 1999; Ganz, 2005; Little et al., 2000; Rendle, 1997; Vachon, 2001), é uma experiência de vida que se reveste de incerteza e envolve vários aspetos positivos e negativos. E a investigação sobre a sobrevivência deve procurar examinar as causas e as formas de prevenção e o controlo dos efeitos adversos associados ao cancro e tratamentos, bem como, otimizar os resultados físicos, psicológicos e funcionais dos sobreviventes de cancro e das suas famílias (Aziz, 2007b).

Nos pontos seguintes tentaremos fazer uma revisão das consequências positivas e negativas, especialmente do ponto de vista psicológico, do processo de sobrevivência ao cancro. Sendo de salientar que aprender acerca do cancro, compreender os tratamentos médicos e manter a saúde mental e física (através de estratégias de gestão do *stress*) parecem ser as necessidades mais sentidas pelos sobreviventes de cancro (Martin et al., 2011; Thewes, Butow, Girgis, & Pendlebury, 2004). São também sentidas necessidades de apoio emocional e prático das pessoas significativas e do acesso aos profissionais de aconselhamento (Thewes et al., 2004). De entre as estratégias de gestão de *stress* é salientada a necessidade específica para lidar com o medo de recorrência (Crooks, 2001; Kantor & Houldin, 1999; Thewes et al., 2004). Thewes e colaboradores encontraram que a necessidade de suporte de grupo também é apontada por algumas sobreviventes de cancro da mama, com o objetivo de sentirem que não estão sós e de verificarem que outras pessoas conseguiram ultrapassar os efeitos secundários, ou seja, estas doentes parecem sentir necessidade de reassegurar que os efeitos que sentem são normais, para além de encontrar formas de lidar com eles.

1.2.1 Indicadores de ajustamento psicossocial

O estigma negativo relativamente ao cancro é o estigma negativo relativo a doença mais forte e que persistiu durante mais tempo até hoje (Holland, 1998b). Este estigma negativo está associado ao sofrimento físico relacionado com o cancro, que era mais severo no século XIX, altura em que os tratamentos eram escassos, a morte inevitável e o

sofrimento intenso e prolongado (Holland, 1998b). Este estigma persiste, pois a doença continua associada a níveis de mortalidade significativos, e pode, pois, associar-se à incerteza de prognóstico, ao sofrimento físico e psicológico e ao comprometimento da qualidade de vida (Figueiredo, Araújo & Figueiredo, 2006). Apesar da diversidade e da melhoria contínua dos tratamentos, não deixou de existir sofrimento físico e emocional, que persistem depois do final dos tratamentos (efeitos de longa duração) ou que surgem posteriormente (efeitos tardios).

Os sobreviventes de cancro convivem com os efeitos físicos, psicológicos, sociais e espirituais da doença e dos tratamentos, bem como, com a possibilidade de recaída e de morte, o que gera um estado de ansiedade e *stress* contínuo, muitas vezes designado por síndrome de Dâmocles (termo que foi utilizado por Koocher e O'Malley em 1981, para se referir aos aspetos psicológicos da sobrevivência ao cancro na infância). A síndrome de Dâmocles refere-se à sensação de espada (isto é, de uma ameaça) suspensa em cima da cabeça e tem origem na lenda de Dâmocles e Dionísio, em que Dionísio dá oportunidade a Dâmocles de experimentar a sua vida, de rei, por este a ter cobiçado. Nessa lenda, Dionísio nunca mais quis estar nessa posição, por ter experimentado sentir-se em ameaça constante, representada na lenda por uma espada pendurada em cima da cabeça, presa num único cabelo de cavalo. No caso dos sobreviventes de cancro, esta síndrome caracteriza-se pela dificuldade em desfrutar do presente pela presença de ameaça constante, neste caso, o medo de recorrência da doença e da morte consequente (Auchincloss, 1995; Fredette, 1995; Fritz, 2001; Koocher & O'Malley, 1981; Lauver, Connolly-Nelson & Vang, 2007). O medo e a preocupação acerca da recorrência e da morte são suportados por diferentes estudos com sobreviventes de cancro da mama (Ashing-Giwa & Lim, 2011; Bower et al., 2005; Gil et al., 2004; Kornblith et al., 2003; Lebel, Beattie, Arès, & Bielajew, 2013; Wonghongkul, Dechaprom, Phumivichuvate, & Losawatkul, 2006) e mostra comprometer a qualidade de vida destas doentes (Wonghongkul et al., 2006). No estudo qualitativo da *Lance Armstrong Foundation* (LAF), 66% dos sobreviventes respondentes referiram que tinham medo de recorrência (Wolff, 2007). A revisão de Ronson e Body (2002) encontrou estudos que apresentavam taxas de prevalência de 10% a 89%. Segundo o estudo de Bower e colaboradores (2005), o medo de recorrência atinge cerca de 40% das sobreviventes de longa duração de cancro da mama.

Conforme sintetizam Rowland e Massie (2010), o medo de recorrência pode levar a diferentes sintomas de ansiedade, como os seguintes: frequente auto-examinação de sinais e sintomas de recorrência; ansiedade relevante anterior às consultas médicas; preocupação excessiva com a saúde (semelhante à hipocondria), ou, em contraste, evitamento ou negação; preocupação com o futuro; dificuldade em fazer planos para o futuro e desespero. Estes sintomas poderão estar relacionados com as implicações psicológicas do medo de recorrência que têm sido encontradas, como a redução do sentimento de controlo sobre a própria vida, a redução dos recursos pessoais e o aumento do sofrimento emocional (Dirkson, 2000; Mast, 1998), bem como, a percepção de que o mundo é pouco controlável e aleatório (Tomich & Helgeson, 2002).

Os problemas físicos parecem ser constantes lembretes da doença e da experiência de tratamentos traumáticos (Deimling et al., 2000; Holzner et al., 2001), a par de outros estímulos desencadeadores do medo de recorrência, nomeadamente: sintomas sem explicação médica; histórias relacionadas com o cancro nos *media*; realização de exames médicos e sinais ou cheiros associados aos tratamentos (Mast, 1998; Nelson, 1996; Pelusi, 1997). A idade também demonstra ter um papel determinante no medo de recorrência das sobreviventes de cancro da mama, apresentando as mais novas um maior receio (Lebel et al., 2013).

Compreende-se que devido a toda esta conjuntura, efeitos tardios e de longa duração, estigma negativo e incerteza, se verifique uma elevada comorbilidade sintomas de sofrimento emocional. Vários estudos têm corroborado esta comorbilidade geral desde 1983 (Carlson et al., 2004; Derogatis et al., 1983; Dolbeault et al., 2003; Gil, Travado, Tomamichel & Grassi, 2003; Mehnert, 2004; Zabora, Brintzenhofeszc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001), e especificamente em doentes com cancro da mama em Portugal (Santos, Santos & Abrantes, 1993). A comorbilidade com a depressão e a ansiedade é várias vezes encontrada (Basen-Engquist, Hughes, Perkins, Shinn, & Taylor, 2008; Ell et al., 2007; Eversley et al., 2005; Kash, Mago, & Kunkel, 2005; Kornblith & Ligibel, 2003; Lyons, Jacobson, Prescott & Oswalt, 2002; Massie & Holland, 1995; Maunsell, Brisson, & Deschenes, 1992; Stanton, 2006; Sellick & Crooks, 1999; Shapiro et al., 2001; Taylor, 2000; Van't Spiker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997; Varricchio & Aziz, 2000). Ainda que a vulnerabilidade à depressão não pareça ser maior do que a de doentes com outras

doenças graves (Seiegel, 1995), são aproximadamente 25% os doentes de cancro que apresentam Perturbação de ajustamento com humor deprimido (Massie & Holland, 1995).

O diagnóstico parcial ou total de Perturbação de *Stress* Pós-traumático também é encontrado em sobreviventes de cancro, em 14% a 21% (Ronson & Body, 2002), e de cancro da mama (Amir & Ramati, 2002).

Também segundo a revisão de Miller e Massie (2010), o sofrimento emocional é comum e pode apresentar diferentes formas nos doentes com cancro e em diferentes momentos da doença, podendo estar relacionado com a incerteza, com a perda de controlo, com o aumento de dependência, o medo do sofrimento no futuro, o receio da perda de papéis e relações com o possível avançar da doença, entre outras problemáticas.

No entanto, vários estudos têm encontrado níveis mais baixos de sofrimento emocional nas doentes com cancro da mama do que nos pacientes a quem foram diagnosticados cancros com pior prognóstico (Carlson et al., 2004; Zabora et al., 2001). E a maioria dos estudos tem encontrado que a maioria das sobreviventes de cancro da mama apresenta bom ajustamento psicológico e boa qualidade de vida, até equivalentes às mulheres que não tiveram cancro (Ashing-Giwa, Ganz, & Peterson, 1999; Bloom et al., 2004, 2007; Dorval et al., 1998; Ganz et al., 2002; Ganz, Greendale, Petersen, Kahn & Bower, 2003; Helgeson & Tomich, 2005; Kendall, Mahue-Giangreco, Carpenter, Ganz & Bernstein, 2005; Kornblith et al., 2003, 2007; Kroenke et al., 2004; Mols et al., 2005; Moreira, Silva & Canavarro, 2008; Tomich & Helgeson, 2002; Wonghongkul et al., 2006). O que parece indicar que estas doentes apresentam um bom ajustamento ao diagnóstico, aos tratamentos e aos efeitos a longo prazo. Ainda assim, algumas mulheres com cancro da mama, cerca de 15% (Andreu et al., 2011; Burgess et al., 2005), 20% e 40% (Deimling et al., 2002; Fallowfield, et al., 1990; Hewitt et al., 2005; Massie, 2004; Mehnert & Koch, 2008), apresentam sofrimento psicológico significativo que interfere com o funcionamento e bem-estar. Apesar desta prevalência aumentada, comparativamente à população sem a doença, e do impacto da depressão na qualidade de vida e na satisfação e participação nos tratamentos médicos (Badger et al., 2001; Badger et al., 2004; Bui et al., 2005; Friedman et al., 2006; Skarstein et al., 2000; Tomich & Helgeson, 2002), o diagnóstico de depressão em doentes oncológicos é muitas vezes negligenciado e os doentes não são encaminhados para tratamento (Fallowfield et al., 2001; Sellick & Crooks, 1999; Somerset et al., 2004), especialmente os casos mais graves (Passik et al., 1998; Söllner et al., 2001).

No mesmo sentido aponta o estudo qualitativo da LAF, que documenta que 49% dos sobreviventes de cancro que responderam (do total de 1024) apresentam necessidades médicas que não são reconhecidas, como as consequências emocionais, sendo que 53% consideram-nas mais difíceis de lidar do que os problemas físicos (Wolff, 2007). No mesmo estudo, 72% referiram que tiveram de lidar com depressão resultante do cancro, apesar disso, 78% destas reconheceram não procurar serviços de apoio técnico para estas dificuldades.

Em relação ao sofrimento emocional das mulheres de cancro da mama, têm sido identificados alguns fatores de risco e de proteção. Entre esses fatores encontram-se os seguintes: a fase da doença (Andrykowski & Cordova, 1998; Andreu et al., 2011; Fernandes, 2009; Maia & Correia, 2008; Neyt & Albrecht, 2006); o tipo de cirurgia (Al-Ghazal, Fallowfield & Blamey, 2000; Rebelo et al., 2007; Wani, Khan, Teeli, Khan & Wani, 2012); a realização de quimioterapia (Aziz & Rowland, 2003; Burgess et al., 2005; Frost et al., 2000; Mols et al., 2005; Rebelo et al., 2007); a idade (Aziz, 2002; Aziz, 2007a; Burgess et al., 2005; Fernandes, 2009; Lemieux et al., 2007; Mosher & Danoff-Burg, 2005; Rebelo et al., 2007; Thewes et al., 2004); os padrões de supressão emocional (Andreu et al., 2011; Ferrandis et al., 2010; Low, Stanton, & Danoff-Burg, 2006); as respostas de *coping* (Andreu et al., 2011; Compas & Luecken, 2002; Cordova et al., 2003; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008); a preocupação ansiosa (Andreu et al., 2011; Baucom, Porter, Kirby, Gremore, & Keefe, 2006); o apoio social percebido (Andreu et al., 2011; Burgess et al., 2005); a autoimagem, a feminilidade e a sexualidade (Baucom et al., 2006; Reich et al., 2008); os episódios depressivos anteriores (Burgess et al., 2005; Reich et al., 2008); a fadiga (Burgess et al., 2005) e as experiências de vida de elevado *stress* não relacionadas com o cancro (Burgess et al., 2005). Os processos cognitivos demonstram ter também um papel preditivo nos estados de humor, bem como, no crescimento pessoal relacionado com o cancro da mama em sobreviventes de longa duração (Porter et al., 2006).

Quanto à variação ao longo das fases da doença, os estudos parecem indicar que os níveis mais elevados de sofrimento emocional surgem após o diagnóstico e durante o tratamento, seguindo-se uma redução mais ou menos gradual dos sintomas com o tempo (Burgess et al., 2005; Epping-Jordan et al., 1999; Heim, Valach & Schaffner, 1997; Lauzier et al., 2010; Silva, Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2011; Silva, Crespo &

Canavarro, 2012; Wani et al., 2012). Geralmente, quanto mais tempo depois do diagnóstico, melhor funcionamento psicológico (Helgeson, Snyder, & Seltman, 2004) e da qualidade de vida (Bloom et al., 2004; Carver, Smith, Petronis & Antoni, 2006; Fehlauser, Tribius, Mehnert & Rades, 2005), ainda que alguns estudos cite a inexistência de alterações (Ganz et al., 2002; Joly, Espie, Marty, Heron & Henry-Amar, 2000) ou mesmo uma diminuição da QdV ao longo do tempo (Ganz et al., 1996; Holzner et al., 2001).

Apesar da maioria dos estudos indicarem uma boa qualidade de vida geral nestas doentes, vários estudos verificaram alterações nos diferentes domínios da qualidade de vida, a saber: diminuição no domínio físico (Dorval ET al., 1998; Baltar, Ribeiro, & Lopes, 2001; Bloom et al., 2004; Fehlauser et al., 2005; Ganz et al., 2003; Helgeson & Tomich, 2005; Kornblith et al., 2003; Lemieux et al., 2007; Mols et al., 2005; Patrão & Leal, 2004; Rebelo et al., 2007); alterações no domínio psicológico, em que se verifica especialmente depressão, ansiedade e sintomas de Perturbação de Stress Pós-traumático (Amir & Ramati, 2002; Bloom et al., 2004; Holzner et al., 2001; Kornblith et al., 2007; Patrão & Leal, 2004); preocupação com o futuro (Bloom et al., 2004; Tomich & Helgeson, 2002); no domínio social, disfuncionalidade especialmente ao nível do funcionamento sexual (Broeckel, Thors, Jacobsen, Small, & Cox, 2002; Costa, Jiménez, & Pais-Ribeiro, 2010; Ganz et al., 2002; Lemieux et al., 2007; Mols et al., 2005; Palhinhas, 2000; Patrão & Leal, 2004; Rebelo et al., 2007; Costa et al., 2012) e no funcionamento de papel (Ahels, Saykin & Furstenberg, 2005; Ganz et al., 2002; Holzner et al., 2001; Lemieux et al., 2007; Costa et al., 2012), e alterações a nível espiritual (Helgeson & Tomich, 2005; Costa et al., 2012).

Vários estudos têm encontrado aspetos positivos apontados pelos sobreviventes de cancro relacionados com a experiência de cancro (Alter et al., 1996; Carter, 1993; Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001; Dorval et al., 2005; Hodgkinson et al., 2007; Lemieux et al., 2007; Little et al., 2000; McGarth, 1999; Mellon et al., 2006; Costa et al., 2012; Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003; Stanton, Bower & Low, 2006; Thornton, 2002). As sobreviventes de cancro da mama apontam que encontraram um significado e propósito para as suas vidas e apresentam maior apreciação da vida depois de passarem pela doença (Bower et al., 2005; Cordova et al., 2001; Foley et al., 2006; Meyerowitz, Kurita & D'Orazio, 2008). Em concordância, o estudo qualitativo *online* da LAF, que contou com a resposta de 1024 autoidentificados casos de sobrevivência de

cancro, 47% dos respondentes consideraram que lidar com o diagnóstico ajudou-os a sentir que estavam a viver uma vida melhor (Wolff, 2007).

Estas mudanças positivas têm sido entendidas no âmbito do conceito de crescimento pós-traumático (CPT), que tem sido encontrado entre cerca de 50% (Guner-Kucukkaya, 2009; Silva et al., 2012; Wolf, 2007) a 85% de sobreviventes de cancro (Sears et al., 2003). O CPT refere-se à experiência de mudança positiva que ocorre em resultado da luta com crises de vida muito desafiantes e que se pode manifestar de diversas formas, como pelo aumento da apreciação pela vida em geral, aumento ou melhoria das relações interpessoais significativas, aumento da sensação de força pessoal, mudança de prioridades e uma vida existencial e espiritual mais rica (Tedeschi & Calhoun, 2004). Silva e colaboradores (2012) chegam a defender que o crescimento pós-traumático encontrado nas sobreviventes de cancro da mama Portuguesas funciona como uma estratégia de *coping*, por terem verificado que este constitui um meio para alcançar melhor ajustamento psicológico, a par de outras estratégias de *coping*, especialmente as estratégias cognitivas e a de procura de apoio social. Também Tedeschi e Calhoun (2004) e Zoellner e Maercker (2006) o entendem como um mecanismo de *coping*. Urcuyo, Boyers, Carver & Antoni (2005) verificou, aliás, que os benefícios percebidos estão associados positivamente a outras estratégias de *coping* (especialmente reavaliação positiva e a atividade religiosa), ao otimismo e, simultaneamente, que se encontram associados negativamente ao sofrimento emocional de doentes oncológicos. Esta forma de entender o CPT faz todo o sentido atendendo a que se tem encontrado que este aumenta a hipótese de ajustamento emocional posterior (Carver & Antoni, 2004; Silva et al., 2012) e conduz a melhor bemestar (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006; Schwarzer, Luszczynska, Boehmer, Taubert & Knoll, 2006) em sobreviventes de cancro.

Têm sido encontrados alguns fatores para o crescimento pessoal ou crescimento pós-traumático (CPT). Fatores demográficos como o género (Teixeira & Pereira, 2013), o estado civil e o nível educacional (Bellizzi & Blank, 2006; Weiss, 2004), as estratégias de *coping* ativas (Bellizzi & Blank, 2006), a idade e o emprego, bem como, variáveis relacionadas com a doença, como a intensidade da doença percebida e o tempo de diagnóstico (Cordova et al., 2001; Sears et al., 2003; Weiss, 2004). A perceção de suporte por parte do marido e o contacto com sobreviventes que percepcionem benefícios decorrentes da experiência do cancro (ou seja, o contacto com um modelo de CPT)

mostraram estar relacionados com um maior CTP (Weiss, 2004). Uma percepção pior do impacto do cancro da mama, maior sofrimento emocional e pior qualidade de vida em sobreviventes Portuguesas surgem associados a maior crescimento pós-traumático, conforme se verificou numa amostra Portuguesa (Silva et al., 2012). Estes resultados vão de encontro ao que a literatura internacional encontra, conforme foi revisto por Stanton (2010), que sintetiza que o encontro de benefícios é catalisado pelo impacto significativo percebido do cancro e acrescenta que a catálize também é adjuvada por uma aproximação intencional do evento indutor de *stress*, através do processamento cognitivo e de outras estratégias de *coping*. Uma associação positiva com tratamentos agressivos, como a quimioterapia, foi encontrada também por Bower e colaboradores (2005) e Lelorain, Antignac & Florin (2010). Stanton et al. (2006) também encontraram diferenças dependentes do tipo de cirurgia.

Em suma, é possível concluir que uma parte significativa e não negligenciável de sobreviventes de cancro da mama apresenta sofrimento emocional, maior do que a população normal, que pode comprometer a qualidade de vida ou alguns domínios da qualidade de vida. O fato de se tratar da maioria dos sobreviventes de cancro atualmente e de se estimar o seu crescimento exponencial, tornam evidente a necessidade de desenvolvimento de estratégias eficazes para promoção do ajustamento e da qualidade de vida desta população.

No ponto seguinte vamos deter-nos sobre as variáveis psicológicas que se têm mostrado relevantes no ajustamento emocional dos sobreviventes de cancro e que vamos ter em conta no nosso estudo, ao avaliar a eficácia das intervenções de grupo. É dado relevo às estratégias de *coping*, já que um dos objetivos das intervenções de inspiração cognitivo-comportamental é a promoção destas estratégias.

1.2.2 Algumas variáveis envolvidas no ajustamento psicossocial

O conceito de *coping* apareceu formalmente nos anos 60 com o aumento do interesse pelo estudo do *stress*. Nos anos 70 surgiu uma nova abordagem deste conceito que contrasta com a perspetiva de *coping* hierárquico de tradição psicanalítica, que o defendia como um traço ou estilo (Lazarus, 1993). Esta nova perspetiva entende-o como um processo que sofre modificações ao longo do tempo e com o contexto situacional em que ocorre. Define-o sinteticamente como um processo de esforços cognitivos, emocionais

e comportamentais em constante mudança para a gestão de acontecimentos internos ou externos que são desafiantes ou ultrapassam os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984). Concebe dois tipos gerais de estratégias de *coping*, o focado no problema e o focado nas emoções, que dizem respeito, respetivamente, às ações tomadas para alterar a situação indutora de *stress* e às acções que são utilizadas com vista à gestão ou diminuição do sofrimento emocional associado à situação. Esta abordagem influenciou os subsequentes pensamentos acerca do *coping* em relação à doença crónica. Estes estudos têm-se baseado no pressuposto de que a existência de situações indutoras de *stress* podem ser menos importantes para o bem-estar do que a forma como os indivíduos avaliam e lidam com essas situações (Aldwin & Revenson, 1987). No que diz respeito à aplicação deste modelo geral de *coping* à situação indutora de *stress* relacionada com uma doença crónica, os mecanismos de *coping* ativos parecem ser bem mais sucedidos do que os passivos no ajustamento psicossocial. Parece, então, que é mais eficaz focar-se em como gerir ativamente o *stress* do que evitá-lo. Os mecanismos de *coping* ativos consistem em dois tipos, nos que envolvem estratégias focadas nas emoções, preferencialmente usadas quando a situação de *stress*, a doença ou os tratamentos, é perspectivada como pouco passível de alteração, e na focada no problema, usadas predominantemente quando alguma coisa tangível pode ser feita para alterar a situação indutora de *stress* e quando existem recursos disponíveis (Baldwin, Kellerman & Christensen, 2010).

Um modelo mais específico, de adaptação cognitiva a situações ameaçadoras, como viver com uma doença crónica, tem defendido que um *coping* bem sucedido parte de 3 questões que envolvem as componentes afetivas, cognitivas e comportamentais, a saber: procura de significado na situação; domínio sobre a situação e autoaperfeiçoamento em resposta à situação ameaçadora (Baldwin et al., 2010). A procura de significado de uma doença crónica passa por perceber o que explica o que ocorreu, mas também, por repensar as próprias prioridades para conseguir tirar melhor partido da vida. O domínio sobre a doença consegue-se através da afirmação de controlo sobre a mesma ou sobre aspetos relacionados com a ela, como o tratamento. Como uma doença crónica pode resultar num aumento de afeto negativo e em depressão, ser capaz de se envolver em alguma forma de autoaperfeiçoamento e sentir-se melhor consigo próprio é considerada uma estratégia de *coping* bem sucedida. Outros modelos têm sido aplicados à compreensão das formas de lidar com uma doença crónica, são exemplo disso os modelos de autoregulação, de

autodeterminação e da perspectiva assente no contexto dinâmico entre a pessoa e o tratamento (Baldwin et al., 2010). Segundo o modelo de autoregulação (Carver & Sheier, 2002), em que a doença crónica pode ser vista como uma situação indutora de *stress*, por impedir a concretização de objetivos estabelecidos previamente, as estratégias de *coping* bem-sucedidas passam pela reavaliação e reajuste dos objetivos que ficaram comprometidos. Por sua vez, para o modelo de autodeterminação (Ryan & Deci, 2000), a melhoria da motivação e da competência dos doentes em relação ao controle da doença e dos tratamentos melhora as estratégias de *coping* e a gestão da doença crónica (conforme alguns estudos corroboram, como os de Williams et al., 2006). Assim, este modelo defende, por exemplo, que os profissionais de saúde devem explorar e descobrir as perspectivas dos pacientes, oferecendo-lhes opções e informação, o que consequentemente reforça a autonomia. Para a perspectiva do contexto dinâmico entre a pessoa e o tratamento (Bem & Funder, 1978, Dance & Neufeld, 1988), os aspetos contextuais e as características da situação devem ser concordantes com as variáveis do paciente, de forma a influenciarem as formas mais eficazes de *coping* e de gestão da doença, consideram, assim, importante a forma como é abordado um tratamento e o estilo do cuidado, que deve ser concordante com o estilo de *coping* do paciente e com as suas crenças de saúde. Segundo esta perspectiva, esta interação dinâmica é determinante para a adesão à terapêutica e para a satisfação com os cuidados recebidos. Todos os modelos e perspectivas sobre o *coping* com uma doença crónica partilham especialmente de um ponto comum, a importância da perceção de controlo sobre a situação. Estudos recentes têm corroborado a importância desta perceção de controlo para lidar com a doença crónica (De Ridder, Geenen, Kuijer & van Middendorp, 2008).

A relação entre a utilização de estratégias de *coping* e o ajustamento psicológico de doentes de cancro está bem estabelecida (Andreu et al., 2011; Andreotti et al., 2013; Carver et al., 1993; Cordova et al., 2003; Compas & Luecken, 2002; Danhauer et al., 2009; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992; Heim et al., 1997; McCaul et al., 1999; Reich et al., 2008; Stanton et al., 2000), nomeadamente em sobreviventes de cancro da mama Portuguesas (Silva et al., 2012). Relativamente às estratégias de *coping* específicas utilizadas pelos doentes com cancro, têm-se encontrado as seguintes: recorrer à fé, à espiritualidade e à religião (Burgess et al., 2005; Carver et al., 1993; Costa, 2010; Fredette, 1995; Gall, & Cornblat, 2002; Helgeson, & Tomich, 2005; Lauver et al., 2007; Liberato &

Macieira, 2008; Urcuyo et al., 2005; Varela & Leal, 2007; Zaza, Sellick, Loretta e Hillier, 2005); ao apoio social (Andreu et al., 2011; Aquino & Zago, 2007; Amaral & Moreira, 2009; Clarke, Booth, & Velikova, 2006; Fredette, 1995; Helgeson & Cohen, 1996; Hoffmann, Muller & Frasson, 2006; Northouse, 1995; Oliveira, Fernandes & Galvão, 2005; Patrão & Leal, 2004; Roberts, Lepore & Helgeson, 2006; Silva et al., 2012; Varela & Leal, 2007; Wonghongkul et al., 2006), nomeada e crucialmente do parceiro (Avis, Crawford & Manuel, 2005; Quartana, Schmaus & Zakowski, 2005; Pistrang & Baker, 1995; Wimberly et al., 2005); à procura de informação (Fredette, 1995; Lauver et al., 2007); à estratégia de aceitação (Carver et al., 1993; Lauver et al., 2007); distração (Lauver et al., 2007; Varela & Leal, 2007); ao uso do humor (Johnson, 2002); à música (Zaza et al., 2005); ao trabalho (Fredette, 1995) e à reavaliação positiva (Carver et al., 1993; Silva et al., 2012; Urcuyo et al. 2005).

Em relação à espiritualidade e à religião, que surgem como estratégias de *coping* muito adotadas pelas sobreviventes de cancro da mama, estas promovem o ajustamento emocional e a adopção de outras estratégias de *coping*, como o espírito de luta (Hoffmann et al., 2006; Koenig, 2004; Meraviglia, 2006; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007a; Teixeira & Lèfreve, 2008; Balboni et al., 2007; Volcan et al., 2003), bem como, parecem contribuir para a construção de significado e para experimentar um sentimento de afirmação na vida e de crescimento pessoal perante o cancro, conforme defende Gall e Cornblat (2002). De acordo com estes resultados, Cordova e colaboradores (2001) verificaram elevados níveis de mudança espiritual, em conjunto com crescimento pós-traumático em sobreviventes de cancro da mama. Também Lemieux et al. (2007) encontraram benefícios espirituais nas sobreviventes de cancro da mama. E Stanton et al. (2002) verificaram que esta estratégia revela ser especialmente eficaz em mulheres com menos esperança.

Outra estratégia de *coping* importante é o apoio social, que tem revelado um efeito protector na morbilidade das mulheres com cancro da mama (Vedhara et al., 2001). Neste seguimento, as intervenções que promovem o apoio social dentro de um casal atingido pelo cancro, parecem contribuir para a melhoria desse apoio e para a diminuição do sofrimento emocional (Kuijer, Buunk, DeJong, Ybema & Sanderman, 2004), existindo indicações nesse sentido, de intervenções que promovam a expressão dos receios e preocupações dos sobreviventes, por forma a aumentar as respostas de apoio do companheiro (Thornton & Perez, 2007).

Apesar do prolongamento no tempo do cancro desgastar os recursos do indivíduo, afetando as suas estratégias de *coping* (Varela & Leal, 2007), de forma geral, os estudos têm indicado que as estratégias de *coping* ativas estão associadas a melhor ajustamento emocional e as passivas, de evitamento, a pior ajustamento ao cancro (Myers et al., 2008; Osowiecki & Compas, 1998), nomeadamente no ajustamento ao cancro da mama (Carver et al., 1993; Manne, Sabbioni, Bovbjerg, Jacobsen, Taylor & Redd, 1994; McCaul et al. 1999; Stanton et al. 2000; Stanton & Snider, 1993; Varela & Leal, 2007). De igual forma, tem-se encontrado que respostas de *coping* passivas, de desamparo e desesperança parecem estar associadas a pior ajustamento em sobreviventes de cancro (Nordin & Glimelius, 1998), enquanto, as ativas, como o espírito de luta, caracterizado por uma atitude focada em ultrapassar o cancro, têm sido associadas a melhor ajustamento (Classen, Koppman, Angell & Spiegel, 1996; Halstead & Fernsler, 1994; Steptoe, Sutcliffe, Allen & Combes, 1991; Watson et al., 1991) e até ao aumento de sobrevida associado a esta atitude (Greer, Morris & Pettingale, 1979), ainda que estes resultados não tenham sido encontrados em estudos posteriores (Petticrew, Bell & Hunter, 2002). Também os resultados encontrados em estudos com sobreviventes de cancro da mama vão no mesmo sentido. Stanton, Danoff-Burg & Huggins (2002), revelam que as estratégias de aceitação ativas predizem um ajustamento mais positivo ao longo do tempo, ao invés do evitamento, que prediz pior ajustamento, caracterizado pelo medo de recorrência do cancro. As estratégias de reestruturação cognitiva, de aceitação cognitiva da situação de *stress* e o planeamento de como o enfrentar têm demonstrado aumentar o ajustamento emocional destas sobreviventes (Bussell & Naus, 2010; Dunkel-Schetter et al., 1992). No entanto, em alguns estudos, como no de Hack e Degner (2004) e Vedhara e colaboradores (2001), a estratégia de aceitação tem-se mostrado associada a maior morbilidade.

Existem várias influências que afetam as estratégias de *coping*, como as características de personalidade, as exigências situacionais e de papel, as avaliações cognitivas ou as práticas e preferências culturais, conforme já foi estabelecido em 1987, por Aldwin e Revenson.

Em relação à influência da personalidade na forma de lidar com o cancro, é importante referir que é consensual que a personalidade influencia os mecanismos de *coping* (Watson & Hubbard, 1996), para além de influenciar a própria saúde (Friedman & Kern, 2010). Em geral, a extroversão e o baixo neuroticismo são traços de personalidade

globalmente associados a melhor saúde percebida e a melhor bemestar e qualidade de vida (Costa & McCrae, 1987; DeNeve & Cooper, 1998; Smith & Gallo, 2001; Watson & Pennebaker, 1989; Williams, O'Brien & Colder, 2004). Ao contrário, maior neuroticismo (ou propensão para a depressão e ansiedade) está associado a pior ajustamento emocional à doença, nomeadamente em mulheres com cancro da mama (Golden-Kreutz & Andersen, 2004) e até a recorrência deste tipo de cancro (Jenkins, May & Hughes, 1991). No âmbito deste trabalho não nos deteremos sobre a relação da personalidade e a incidência e progressão da doença, mas antes, sobre a relação desta com os mecanismos de *coping* e o ajustamento psicossocial ao cancro.

Conforme indica Friedman & Kern (2010), vários autores sugerem que se utilizem análises de relações com traços de personalidade de ordem de menor nível, como o auto-control e o traço de ansiedade, pois podem ser mais preditivos do que o modelo dos cinco fatores de personalidade. No seguimento desta indicação, selecionamos para enfoque neste trabalho, as seguintes variáveis de personalidade: o traço de personalidade de ansiedade, a expressão/supressão emocional, o otimismo disposicional e o autoconceito.

O traço de personalidade de ansiedade tem mostrado ser preditivo de maior sofrimento emocional em sobreviventes de cancro da mama, conforme verificaram Bleiker, Pouwer, Ploeg, Leer e Adèr (2000). No entanto, esta componente da personalidade também aparece associada à ativação da vigilância das representações relacionadas com a doença que desencadeiam a atenção às sensações, à preocupação e ao *coping* protector em resposta a estímulos somáticos (Cameron, Leventhal, & Love, 1998).

A supressão emocional é afirmada como uma componente da personalidade de tipo C (Eysenck, 1994; Grossarth-Maticek & Eysenck, 1990), e tem sido amplamente estudada na relação com o cancro. A supressão ou expressão emocional refere-se ao processo de regulação emocional, que consiste nos esforços individuais para afetar o tipo e o *timing* das emoções e engloba um conjunto de processos que permite o aumento, diminuição ou manutenção de estados afetivos, ou seja, refere-se à experiência pessoal e expressão destes estados internos (Gross & Thompson, 2007; Joorman & Gotlib, 2010). A regulação emocional também pode ser vista como uma estratégia de *coping*, na medida em que estas consistem em esforços conscientes para regular a emoção, a cognição, o comportamento, a fisiologia e o ambiente, em resposta a acontecimentos indutores de *stress* (Compas et al., 2001; Compas, 2009).

Iwamitsu e colaboradores (2003) encontraram que as doentes de cancro da mama que suprimem emoções negativas aumentam o sofrimento emocional, pelo que sugerem como implicação a sensibilização e a instrução destas doentes da utilidade da expressão emocional como estratégia de *coping*. Esta indicação vai de encontro à de outros autores, como Rimé (1995) e Greer & Moorey (1997). Watson et al. (1991) encontraram que a inibição da raiva leva os doentes de cancro a sentirem-se mais desamparados, e Classe et al. (1996), verificaram uma associação da supressão emocional a pior ajustamento ao cancro da mama e, mais recentemente, Cohen (2013), que verificou que a supressão emocional prediz pior sofrimento emocional percebido, ou Amir e Ramati (2002), que encontra níveis significativamente mais elevados de supressão emocional em sobreviventes de longa duração de cancro da mama com Perturbação de Stress Pós-traumático. Mesmo a ambivalência na expressão de emoções negativas demonstra estar relacionada com pior ajustamento emocional em mulheres com cancro da mama (Bardwell et al., 2006).

Desde trabalhos como o de Gross (1989) que se estabeleceu uma ligação da expressão emocional e o cancro. Defendendo que a expressão emocional contribui para o prognóstico do cancro, o que continua a ser defendido mais recentemente por Stanton e Danoff-Burg (2002) e por Pennebaker (1999), que defendem que a expressão de emoções negativas tem efeitos positivos na saúde física e mental, incluindo na função do sistema autónomo e no sistema endócrino. Stanton et al. (2000) verificaram que as doentes de cancro da mama que utilizavam estratégias de *coping* de expressão emocional relacionada com o cancro tiveram menos consultas médicas de assistência para morbilidade associada ao cancro, melhor saúde física, vigor e menor sofrimento emocional do que as que apresentavam menor expressão emocional. De acordo, Compas e colaboradores (1999), melhor expressão emocional está associada a uma diminuição do sofrimento emocional em sobreviventes de cancro da mama. Esta estratégia, de autorevelação em ambientes de apoio social, é importante para se conseguir abarcar outras perspetivas da experiência (Tedeschi & Calhoun, 2004), levando ao aumento do crescimento pós-traumático (Bussell & Naus, 2010; Thornton & Perez, 2006), para além de estar relacionada à redução do sofrimento emocional (Dunkel-Schetter et al., 1992).

O otimismo disposicional, que se refere a uma expectativa generalizada de obtenção de resultados positivos (Carver & Scheier, 1999; Scheier & Carver, 1992), parece ser preditivo de um *coping* bem-sucedido (Baldwin et al., 2010; Carver et al., 1993) e de

ajustamento psicológico em pacientes de cancro (Deimling et al., 2002), em doentes de cancro da mama (Bardwell et al., 2006; Carver et al., 1994; Fernandes, 2009), e em sobreviventes de cancro da mama (Carver et al., 2006; Carver et al., 2005; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik & Karesen, 2004). Alguns estudos encontraram inclusivamente associação entre otimismo e progressão da doença mais lenta e menor percentagem de mortalidade (Watson, Haviland, Greer, Davidson & Bliss, 1999, cit. por Baldwin et al., 2010). Apesar de não ser totalmente clara a associação otimismo disposicional e melhor prognóstico, pensa-se que é o facto de as pessoas otimistas se envolverem mais em comportamentos eficazes, em direção aos objetivos de ordem superior, e de conseguir adotar respostas emocionais e afetivas que os impelem a alcançar os seus objetivos, que leva ao estabelecimento desta associação (Carver et al., 1993; Taylor et al., 2000, cit. por Baldwin et al., 2010). Estudos como o de Halstead e Fernsler (1994) encontraram que a maioria dos sobreviventes de longa duração revela ser otimista.

O autoconceito também tem revelado ser um factor mediador a ter em consideração na promoção do ajustamento emocional em mulheres com cancro da mama (Scheier et al., 2005; Vedhara et al., 2001), bem como, a autoestima (Tae, Heitkemper & Kim, 2012). O autoconceito refere-se ao conjunto de autopercepções que se vão formando através das interpretações da experiência com o ambiente, conforme sintetiza Marsh e Hattie (1996), pelo que pode ser influenciado por situações indutoras de *stress*, como as doenças (Prout & Prout, 1996). Apesar de estar em permanente construção, deve ser considerado um traço relativamente estável da personalidade da pessoa (Vaz-Serra, 1986). Segundo Munstedt, Manthey, Sachsse e Vahrson (1997), o autoconceito diminui com o impacto da doença oncológica, encontrando que 73% dos doentes revelam estar menos autoconfiantes do que antes dos tratamentos. De acordo, encontra-se Aureliano (2007), que afirma que o cancro da mama afeta o sentimento de identidade e o autoconceito, bem como, Maluf, Mori e Barros (2005), Silva (2008) e Caetano e Soares (2005). Curbow, Sommerfield, Legro e Sonnega (1990) também sublinham a importância do autoconceito nos doentes de cancro. Em mulheres Portuguesas com cancro da mama, verificou-se que um autoconceito positivo está associado à procura de apoio social e a melhor adaptação à doença (Amorim, 2007).

Como forma de síntese de todas as variáveis que consideramos poder contribuir para o ajustamento emocional da sobrevivente de cancro da mama, de que nos detivemos

nesta parte do trabalho, desenvolvemos um esquema para ilustrar estas relações. Nesta figura destacamos as variáveis em estudo direto neste trabalho.



Figura 4. Variáveis consideradas no ajustamento emocional da sobrevivente de cancro da mama

Estas variáveis não são mutuamente exclusivas, estabelecem relações entre si. Este esquema, e a tentativa que representa de simplificação, têm como objetivo explicitar a influência delas no ajustamento emocional da sobrevivente de cancro da mama.

De forma geral e sumária podemos afirmar que a revisão da literatura realizada suporta que as estratégias de *coping* podem contribuir para a promoção do ajustamento emocional e a qualidade de vida das sobreviventes de cancro da mama. As estratégias de *coping* ativas, caracterizadas por uma atitude de espírito de luta, pela procura de informação, de apoio social, de expressão emocional, recorrência à espiritualidade, de aceitação e reavaliação positiva e da adoção de tarefas de mestria e de prazer, parecem ser as mais eficazes no ajustamento destas sobreviventes. Também as características de otimismo, autoconceito elevado, a par da capacidade de encontrar aspetos positivos da situação, parecem promover o ajustamento emocional das mulheres nesta fase da doença. Ao contrário, uma personalidade mais ansiosa e com um padrão de supressão emocional parecem estar relacionadas com pior ajustamento. É neste sentido, que no âmbito deste trabalho, que tem como objetivo testar duas intervenções de grupo com sobreviventes de cancro da mama, se tentará promover essas estratégias de *coping* e mesmo as características

mais estáveis, avaliando também a influência da mediação destas últimas na obtenção de ajustamento emocional e da qualidade de vida.

Capítulo 2

A intervenção de grupo

O reconhecimento e preocupação com os problemas psicossociais dos doentes oncológicos verificaram-se desde o início do século XX (Holland, 1998b), altura em que a morte era o resultado mais comum para um doente com cancro e um severo sofrimento lhe estava associado ⁴. Como explica Holland (1998b), os primeiros estudos que surgiram centravam-se na comunicação com os pacientes após a receção do diagnóstico, em como estes lidavam com os tratamentos mais agressivos e com a morte. Nas últimas décadas assitiu-se a uma viragem, tendo as intervenções atualmente um enfoque no aumento da qualidade de vida dos doentes, que têm muito melhor prognóstico do que tinham inicialmente.

A aplicação de intervenções psicológicas de grupo tem sido apontada como tendo o seu início também no princípio do século XX, com trabalhos como o de Joseph Pratt (1907), que reuniu grupos de doentes de tuberculose com dificuldades socioeconómicas em sessões psicoeducativas e encontrou diminuição de sintomas depressivos e aumento da adesão aos tratamentos (Spitz & Spitz, 1999). Os primeiros grupos com doentes de cancro documentados foram os de autoajuda que surgiram nos clubes de laringectomizados nos Estados Unidos da América, nos anos 40, poucos anos antes da criação do programa de autoajuda mais bem sucedido do mundo, o *Reach to recovery*, criado pela *American Cancer Society* nos anos 50 (Holland, 1998b).

As intervenções psicológicas da abordagem cognitivo-comportamental, desde que emergiram com Ellis (1962) e Beck (1976), têm recebido suporte empírico que valida a sua eficácia no tratamento de diferentes condições psicológicas (e.g. Blackburn, Eunson, & Bishop, 1986). Durante 30 a 40 anos estas técnicas de intervenção empiricamente validadas no formato individual foram aplicadas a grupos, falamos da dessensibilização sistemática (Lazarus, 1961); do treino de competências sociais (Lewinsohn, Weinstein & Alper, 1970) e da reestruturação cognitiva (Shaw, 1977). Mesmo os manuais clássicos de intervenção descreviam o uso do formato de grupo (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

⁴ No livro “A morte de Ivan Ilyich” de Tolstoy consegue-se ter uma descrição relativamente detalhada da impotência perante a intensidade do sofrimento da morte por cancro no século XIX.

Esta aplicação em grupo inicialmente não tinha em consideração as potencialidades e especificidades deste formato, o que atualmente já não se verifica.

Neste capítulo temos como objetivo dar a conhecer as características deste tipo de intervenção e conhecer os efeitos encontrados, especialmente, nas sobreviventes de cancro da mama.

2.1 A intervenção psicológica em doentes com cancro

A psico-oncologia é uma disciplina recente da psicologia (Gil et al., 2001; Watson & Kissane, 2011), que se foca no estudo e na intervenção nos aspetos psicológicos dos doentes de cancro. A investigação nesta área encontra-se em franco crescimento. Dentro desta área, insere-se o campo de estudos da sobrevivência ao cancro, que é uma área ainda mais recente, podendo afirmar-se que se encontra no seu início, na infância (Brennan, 2001; Feuerstein, 2007b), com a imaturidade própria da sua recente evolução (Doyle, 2008). Vários autores referem-se a esta área de estudo designando-a de reabilitação dos doentes de cancro, por englobar intervenções com o intuito de promover o ajustamento físico e psicossocial global após a remissão do cancro, em que são utilizadas diferentes estratégias de fortalecimento das estratégias de *coping*, do apoio social e de restabelecimento do funcionamento físico, como Ronson e Body (2002) dão conta num trabalho de revisão. Existem poucos estudos com programas de reabilitação de doentes oncológicos (McQuellon & Danhauer, 2007), que integrem a promoção da reabilitação psicossocial e física simultaneamente, conforme Ronson e Body sugerem que deve ser feito. Os poucos exemplos que se encontram são o “Starting again group rehabilitation program” (Berglund, Bolund, Gustafsson & Sjöden, 1994) e o “Tapestry” (Angen, MacRae, Simpson & Hundleby, 2002). O “Tapestry” consiste num programa de 5 dias, residencial, que integra estratégias diversas como a narrativa de grupo, o uso da arte, do yoga, entre outras. O “Starting again” é um programa que enfatiza o treino físico, a informação e o treino das estratégias de *coping*, em 11 sessões de 2 horas, e que levou (numa amostra com 199 doentes), em contraste com o grupo de controlo, ao aumento significativo da avaliação de receção de informação, de força física e do espírito de luta. Um estudo que avaliou os resultados da integração da intervenção cognitivo-comportamental com a atividade física também encontrou benefícios na fadiga em sobreviventes de cancro, ainda que também tenha encontrado que a atividade física, por si

só, é tão ou mais eficaz do que a combinação das intervenções (Weert et al., 2010). Outro programa, muito recente, é o “PACThe” (Accompanying women after breast cancer treatment completion in thermal resorts’), de Kwiatkowski e colaboradores (2013), que engloba 2 semanas de intervenção educativa de grupo com treino físico, educação dietética e fisioterapia, para sobreviventes de cancro da mama de curta duração (que completaram quimio ou radioterapia há menos de 9 meses). Este programa difere dos que estudámos, não só por incluir treino físico e fisioterapia, como também por não familiarizar as participantes com estratégias cognitivo-comportamentais. No entanto, este programa mostrou benefícios na qualidade de vida, ansiedade e depressão. Apesar de se encontrar indicações para a promoção deste tipo de programas multidisciplinares e alguns efeitos promissores, um estudo de revisão sobre os efeitos destes programas em sobreviventes de cancro da mama conclui que existe pouca evidência dos efeitos nas competências funcionais, no ajustamento psicossocial e na participação em atividades sociais (Khan et al., 2012).

As intervenções psicológicas para doentes oncológicos são geralmente pensadas para: (1) melhorar a adesão aos rastreios de cancro; (2) melhorar a tomada de decisão em relação aos tratamentos de cancro quando os pacientes têm de lidar com várias opções de tratamento e para definir e uniformizar as recomendações terapêuticas; (3) aumentar o ajustamento dos pacientes ao cancro e para facilitar o *coping* com os sintomas e os efeitos secundários e (4) para ajudar os pacientes a lidar com os desafios dos autocuidados de saúde e com os tratamentos e terapias para o cancro (Petrie & Revenson, 2005, cit. por Suls, Davidson & Kaplan, 2010).

As intervenções psicológicas têm-se revelado eficazes na promoção do ajustamento psicológico e da qualidade de vida dos doentes de cancro em geral e do cancro da mama em particular (Antoni, 2013; Black-Mortimer, Gore-Felton, Kimerling, Turner-Cobb & Spiegel, 1999; Bottomley, 1997, 1998; Brothers, Yang, Strunk & Andersen, 2011; Devine & Westlake, 1995; Fawzy, 1999; Fawzy, Fawzy, Arndt, & Pasnau, 1995; Fors et al., 2011; Giese-Davis & Spiegel, 2003; Jacobsen, Donovan, Swaine & Watson, 2006; Jacobsen & Jim, 2008; Luebbert, Dahme & Hasenbring, 2001; Marchioro et al., 1996; McQuellon & Danhauer, 2007; McMillan, Tittle & Hill, 1993; Meyer & Mark, 1995; Molassiotis, Yung, Yam, Chan & Mok, 2002; Redd, Montgomery, DuHamel, 2001; Reich et al., 2008; Rowland & Massie, 2010; Schnur, David, Kangas, Green, Bovbjerg & Montgomery, 2009;

Sheard & Maguire, 1999; Smith, Holcombe & Stullenbarger, 1994; Tatrow & Montgomery, 2006; Uitterhoeve et al., 2004). Nomeadamente, a revisão de Osborn et al. (2006) encontrou um tamanho do efeito elevado (1.99) das intervenções cognitivo-comportamentais em sobreviventes de cancro. Existem, contudo, revisões que concluem que as intervenções psicológicas só melhoram alguns resultados psicológicos a curto prazo (Edwards, Hailey & Maxwell, 2005), ou a curto e médio prazo (Faller et al., 2013), defendendo que a maioria dos estudos apresenta falhas metodológicas, pelo que os resultados devem ser considerados com prudência e continuar a ser objeto de estudo de eficácia terapêutica com rigor (Faller et al., 2013; Lepore & Coyne, 2006; Newell et al., 2002; Williams & Dale, 2006) e, outras ainda, refiram que ainda é inconclusivo se estas têm realmente um efeito benéfico (Ross, Boesen, Dalton & Johansen, 2002). Em suma, e como concluem autores como McQuellon e Danhauer (2007), é necessário continuar a investigação nesta área, apesar de existirem resultados promissores de algumas intervenções, especialmente das mais estruturadas, como a cognitivo-comportamental e a psico-educativa, pois questões centrais continuam sem resposta, nomeadamente que tipo de tratamento é mais eficaz para que tipo de doentes e em que fase da doença.

Rowland e Massie (2010), num capítulo de revisão, apontam que os benefícios das intervenções psicológicas nas mulheres com cancro da mama são, entre outros, ao nível da ansiedade e depressão, da autoimagem e da função sexual.

A investigação tem identificado fatores das intervenções psicossociais que ajudam os doentes oncológicos a mudar estratégias menos adequadas para lidar com a doença, nomeadamente o envolvimento grupal com pessoas em contextos similares e o desenvolvimento de intervenções breves e estruturadas (Góngora, 1996; Gonzalez, Steinglass e Reiss, 1989; Holland, 1989, 1992).

Existem poucos estudos de comparação direta da terapia de grupo com a terapia individual em doentes oncológicos. A maioria dos estudos que existem aponta para a equivalência de eficácia terapêutica dos dois tipos de intervenção (Cain, Kohorn, Quinlan, Latimer & Schwartz, 1986; Clark, Bostwick & Rummans, 2003; Jacobsen & Jim, 2008; Morrison, 2001; Shaffer, Shapiro, Sank & Coghlan, 1981; Sheard & Maguire, 1999), encontrando-se um estudo que aponta para a superioridade da terapia de grupo ao nível das competências de *coping* (Fawzy et al., 1996), e dois estudos que apontam para a

superioridade da individual (Tatrow & Montgomery, 2006), sendo um deles de revisão (Osborn et al., 2006).

A terapia de grupo, em comparação com a terapia individual, apresenta várias vantagens, nomeadamente: apresenta melhor custo-benefício, fornece uma oportunidade de apoio social/emocional entre os doentes e potencia a autoestima por possibilitar o confronto com a capacidade de ajudar os outros membros do grupo (Spiegel et al., 1999), também fornece oportunidade para um *feedback* imediato e para observação das respostas psicológicas, emocionais e comportamentais dos doentes (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

A vantagem do custo-benefício deste tipo de intervenção é também enfatizada por outros autores (Bottomley, 1997; Drossel, 2008; Hollon & Shaw, 1979), como Justo (2001), por ser adequada à política de saúde atual, aliando-se simultaneamente aos benefícios clínicos. Esta vantagem na gestão dos recursos está ligada a um psicoterapeuta conseguir atingir um número de utentes várias vezes superior ao possível individualmente (Justo, 2001).

Existem inclusivamente alguns estudos que encontraram efeitos da intervenção psicológica de grupo no aumento do tempo de sobrevivência em doentes com cancro (Fawzy, Kemeny et al., 1990; Spiegel, Bloom, Kraemer, Gottheil, 1989), embora diversos outros estudos não tenham conseguido encontrar os mesmos resultados (Chilvers, Bagenal, Easton, Harris, & McElwain, 1990; Edwards et al., 2004; Gellert, Maxwell, Siegel, 1993; Goodwin et al., 2001; Illyckj, Farber, Cheang & Weinerman, 1994; Kissane et al., 2007), inclusivamente a revisão de Coyne, Stefanek e Palmer (2007), o que faz com que este efeito não seja consensualmente aceite. Apesar da falta de consenso a este nível, é de salientar que se tem encontrado que intervenções de grupo, especificamente de abordagem cognitivo-comportamental, levam a melhorias nos níveis de cortisol e nas respostas imunitárias (Andersen et al., 2004; Antoni et al., 2009; Cruess et al., 2000; McGregor, et al., 2004; Phillips et al., 2008; Schedlowski, Jung, Schimanski, Tewes & Schmoll, 1994), bem como, à melhoria da saúde de mulheres com cancro da mama (Andersen et al., 2007).

É frequente, no entanto, existirem dificuldades consideráveis no recrutamento de doentes oncológicos para terapia de grupo, encontrando-se taxas de recusa de 48% (Chujo et al., 2005), 69% (Ford et al., 1990) e 80% (Edelman, Bell & Kidman, 1999a). Ainda assim, Moorey & Greer (2012) defendem que deve ser dada a possibilidade de escolher a terapia de grupo aos doentes oncológicos.

Em seguida vamos debruçar-nos sobre a distinção dos diferentes tipos de intervenção de grupo para doentes oncológicos, focando-nos sobretudo na distinção entre a intervenção psicopedagógica e a terapia cognitivo-comportamental.

2.2 Tipos de intervenção de grupo para doentes oncológicos

Existem vários tipos de terapia de grupo para doentes oncológicos que, apesar de na prática não se tratarem de terapias mutuamente exclusivas, podem ser distinguidas teoricamente nos seguintes tipos, conforme sugerem Moorey e Greer (2002, 2012): (1) a terapia cognitivo-comportamental, (2) a terapia psico-educativa e (3) a terapia de suporte-expressão.

1. A terapia cognitivo-comportamental de grupo consiste na adaptação da terapia individual e caracteriza-se pela ênfase colocada nos problemas específicos correntes dos doentes, na identificação e disputa de pensamentos automáticos negativos, no estabelecimento de objetivos terapêuticos, no desenvolvimento de competências de *coping*, na prescrição de tarefas de mestria e de prazer, no treino de relaxamento e no encorajamento de expressão de emoções. São exemplos de esforços na adaptação deste tipo de intervenção à intervenção de grupo os seguintes: Kissane et al. (1997) e Edelman, Bell & Kidman (1999b).
2. A terapia psico-educativa, que se foca no fornecimento de informação acerca do cancro e dos tratamentos, e que pode incluir, adicionalmente, o ensino de competências de *coping*, de gestão do *stress* e de exercícios de relaxamento. Exemplos de programas de intervenção de grupo psico-educativos que foram avaliados em estudos randomizados são os seguintes: Weisman, Worden & Sobel (1980), Johnson (1982), Cunningham e Tocco (1989) e Fawzy et al. (1990).
3. A terapia de Suporte e de Expressão foi desenvolvida por Spiegel, Bloom & Yalom (1981) e consiste em sessões semanais durante o período de um ano, em que são discutidos assuntos como o cancro e os tratamentos, os problemas familiares e comunicacionais, o aprender a viver com o cancro terminal e a morte. Este tipo de intervenção enfatiza a expressão de sentimentos e medos acerca da doença, o suporte e a aprendizagem mútua.

Para além destes 3 tipos, mais recentemente, Watson e Kissane (2011) dedicam um capítulo à terapia de grupo centrada no significado, inspirada nos trabalhos de Viktor Frankl e Irvin Yalom. O objetivo desta intervenção é diminuir o desespero, a desmoralização, a falta de esperança e o desejo de apressar a morte, através do aumento do significado de vida, mesmo no caso de eminência de morte (Breitbart & Applebaum, 2011).

Dentro destas tipologias não englobamos os grupos de auto-ajuda, ou de suporte de pares, por serem distintos dos grupos terapêuticos em diferentes aspetos nucleares, isto é, são constituídos por participantes voluntários que dirigem o grupo, com vista à ajuda mútua emocional e/ou material e à comunicação e compreensão de preocupações ou problemas comuns (Durá & Hernández, 2001). Para além de se focarem na partilha de experiências e de sofrimento como medida principal de intervenção, este tipo de grupo podem adotar estruturas e estilos diversos (Drossel, 2008). Distinguimo-los dos grupos terapêuticos, portanto, por não se basearem numa abordagem teórica terapêutica, assentarem, antes, nos benefícios da partilha e do apoio social e por não serem dirigidos por técnicos de saúde. Ainda assim, reconhecemos aspetos comuns aos grupos terapêuticos, como a partilha, a interação grupal e o apoio mútuo. E é interessante verificar que mesmo os grupos de autoajuda têm apresentado eficácia em mulheres com cancro da mama (Avery & Nyhof-Young, 2003; Dunn, Steginga, Rosoman & Millichap, 2003; Evans e Connis, 1995) e que estas revelam cada vez maior interesse na integração em grupos de autoajuda, como se pode constatar pelo aumento de adesão e constituição efetiva deste tipo de grupos (Durá & Hernandez, 2001; Gray, Fitch, Davis & Phillips, 1997).

Como já foi afirmado, os tipos de intervenção de grupo apresentados não são mutuamente exclusivos, existindo métodos das diferentes abordagens que são combinados pelos terapeutas, o que é mais marcado em alguns programas de intervenção, de que é exemplo o estudo de Boesen et al. (2011), em que a intervenção aplicada englobava 2 sessões psico-educativas seguidas de 8 sessões de terapia de grupo cognitivo-expressiva. Para além da integração de diferentes abordagens em alguns programas de intervenção, os diferentes programas de intervenção de grupo partilham de características em comum, sendo disso exemplo as seguintes características: a oportunidade de suporte mútuo; a dedicação do terapeuta e do grupo aos problemas atuais; a promoção da interação entre os membros do grupo; o encorajamento da expressão aberta dos sentimentos e a promoção do

desenvolvimento de estratégias de *coping* através dos processos grupais (Moorey & Greer, 2012).

Uma das diferenças que podem ser encontradas nos diferentes tipos de intervenção é a duração da intervenção, em que a intervenção psicopedagógica e a cognitivo-comportamental são as mais breves (tipicamente de 6 a 12 sessões), enquanto a de suporte e expressão é a mais longa (que se prolonga durante um ano no caso de mulheres com cancro metastizado).

A intervenção cognitivo-comportamental baseia-se no postulado de que os sintomas mentais e físicos são, em parte, função de pensamentos, sentimentos e comportamentos mal-adaptativos. Sendo assim, esta intervenção envolve a identificação e correção de pensamentos, sentimentos e comportamentos que contribuem para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas.

O que distingue especialmente a intervenção de grupo cognitivo-comportamental das outras abordagens de intervenção de grupo é o enfoque na tarefa e o facto de seguir uma estrutura formal explícita, que integra a instrução didáctica, uma agenda de discussão flexível e estabelece metas atingíveis com feedback de desempenho (White, 2000). Nestes grupos, os tópicos incluem muitas vezes competências comunicacionais e relacionais, sendo o terapeuta um facilitador desta aquisição (Brown, 2011).

Os grupos psicopedagógicos ou psico-educativos, por sua vez, tem um enfoque maior no fornecimento de informação, que se assume como suficiente para os participantes ultrapassarem as suas dificuldades, podendo, no entanto, incluir estratégias empiricamente validadas (Drossel, 2008). O foco primário destes grupos são a educação acerca de conceitos ou estratégias psicológicas (Gladding, 1995). Segundo a definição da Associação para os Especialistas em Trabalho de Grupo (ASGW, 1991), são grupos que servem para ensinar pessoas a lidar com potenciais ameaças, com um acontecimento de vida desenvolvimental ou com uma crise de vida imediata, em que o objetivo é prevenir a ocorrência de disfuncionalidades educacionais ou psicológicas. Também para Corey (2001), estes grupos são desenhados para desenvolver competências específicas, compreender temas ou lidar com transições de vida. Os grupos psicoeducativos são, então, uma mistura de aulas académicas e terapias de grupo, em que os participantes aprendem novo material através da leitura, discussão e observação-participação (Brown, 2011) ou

outros métodos experienciais, como a arte, a música, a dança, os jogos, entre outros (Brown, 2005).

Spira e Casden (2010) distinguem os grupos com caráter mais educativo dos que treinam competências de *coping*, referindo que os educativos geralmente usam um estilo mais dedutivo e os de treino de competências de *coping* mais interativo, para além de que existe uma reflexão maior acerca dos problemas de vida das participantes e aplicação e treino prático das competências a esses problemas nos de treino de competências de *coping*. Também referem que enquanto nos educativos a ênfase é no fornecimento de recomendações, nos de treino de competências estas só são facultadas pontualmente.

Existem diferentes tipos de grupos psicopedagógicos, os de desenvolvimento pessoal, de suporte e relacionados com a terapia, bem como, os de transições de vida (Brown, 2005). Tendo em conta que os grupos psicopedagógicos de suporte ou relacionados com a terapia são os que decorrem em paralelo com outro tipo de tratamento, podemos considerar que este é o subtipo adotado no nosso estudo, pois, mesmo no caso dos sobreviventes que não se encontram a realizar qualquer tratamento, estes têm consultas de seguimento periódicas de vigilância médica em simultâneo. Também Brown (2005), coloca os grupos com doença médica e especificamente os relacionados com cancro nesse subgrupo da categorização, que representa na revisão efetuada pelo autor, o segundo subtipo com maior número de estudos com intervenção de grupo psicopedagógica e aquele que tem apresentado um franco aumento de estudos.

Dentro das terapias de grupo orientadas para a população com doenças médicas, os estudos com cancro e HIV são os mais prevalentes, e a população com cancro mais estudada neste âmbito é a com cancro da mama (Burlingame, Kapetanovic & Ross, 2005).

No quadro 2, inserida em seguida, tentámos sintetizar as diferenças entre os dois tipos de grupo em que nos centramos neste trabalho, baseando-nos especialmente em Brown (2005, 2011), Free (1999), Spira e Casden (2010) e Burlingame et al. (2005).

Quadro 2

Comparação das características da intervenção psicoeducativa e da terapia cognitivo-comportamental

Intervenção Psicoeducativa	Terapia de grupo cognitivo-comportamental
Enfatiza a transmissão de informação	Enfatiza os pensamentos, emoções e comportamentos das participantes
Engloba informações e estratégias diversas potencialmente úteis	Baseia-se no modelo cognitivo-comportamental
Usa atividades planejadas e estruturadas	Usa atividades planejadas, estruturadas e manualizadas
Ênfase nas recomendações	Recomendações pontuais
Curta duração	Curta duração
Estilo de facilitação dedutivo	Estilo de facilitação interativo
O facilitador ensina	O terapeuta colabora, orienta e intervém
Foco maior na prevenção	Foco maior na resolução de problemas e na recuperação
A autorevelação é aceita mas não obrigatória	A autorevelação é esperada
A privacidade e confidencialidade não são uma preocupação básica	A privacidade e confidencialidade são cruciais
Familiarização e conhecimento de estratégias novas	Aquisição, treino e generalização de estratégias
Os principais objetivos são o aumento da informação acerca da etiologia da doença, dos recursos disponíveis para lidar com ela e de como os comportamentos podem afetar o curso da doença	Os principais objetivos são a diminuição de sintomas psicológicos, a aquisição e treino de competências cognitivo-comportamentais e a adaptação à doença

Enquanto os grupos de intervenção cognitivo-comportamental incorporam a psicoeducação, o seu enfoque é, portanto, na participação em atividades estruturadas, de aquisição, treino e generalização de competências cognitivo-comportamentais (englobam nomeadamente trabalhos de casa), em vez de se focarem na acumulação de conhecimentos.

A distinção entre a terapia de grupo psicopedagógica e a cognitivo-comportamental nem sempre é feita de forma rigorosa, até porque a primeira, desde a sua origem que engloba estratégias comportamentais (Lee, 1999) e envolve muitas vezes a familiarização com estratégias cognitivo-comportamentais atualmente (Brown, 2005). Esta situação faz com que alguns autores, como McIntire, Fernandes e Pereira (2002), designem as intervenções de grupo que incorporam a educação e as estratégias cognitivo-comportamentais de multimodais. Para além de que, por outro lado, não existe uma definição aceite consensualmente de terapia de grupo disponível na vasta literatura existente (Burlingame et al., 2005). Neste trabalho adotamos os critérios de distinção expostos anteriormente, isto é, consideramos que a terapia cognitivo-comportamental deve apresentar as seguintes características: o enfoque na tarefa, que envolve o treino sistemático de estratégias cognitivo-comportamentais (reestruturação cognitiva, relaxamento, resolução de problemas e estratégias de comunicação) e a prescrição para casa de aplicação dessas competências adquiridas nas sessões. Esta forma de entender a intervenção de grupo cognitivo-comportamental vai de encontro à apresentada por Antoni et al. (2006), que a entende como uma forma de treino em competências de redução de ansiedade, de identificação de fatores indutores de *stress*, de reestruturação cognitiva e de competências interpessoais.

Tendo em conta estes critérios, algumas intervenções, autodenominadas por psicoeducativas não podem ser entendidas como tal, a exemplo, a de Dolbeault e colaboradores (2008, 2009) e a de Fischer e colaboradores (2013), em que existe treino sistemático de estratégias cognitivo-comportamentais (relaxamento, resolução de problemas e reestruturação cognitiva), para além de se prescrever trabalhos de casa com vista à generalização da utilização destas estratégias, tratando-se, no âmbito deste trabalho, de terapias de grupo cognitivo-comportamentais.

Segundo Spira e Casden (2010), as intervenções de grupo mais adequadas aos doentes de cancro em fase de sobrevivência são as que “usam um estilo interativo com uma orientação cognitivo-comportamental, de ensino de competências de *coping* experienciais, partindo depois para um estilo terapêutico indutivo que permite uma discussão apoiante, geralmente num formato breve (8 a 16 semanas)” (p. 413). Também para outros autores, a abordagem cognitivo-comportamental é mais adequada para uma fase precoce da doença e para a preparação para a fase de sobrevivência, enquanto a terapia

de suporte e expressão é a mais adequada para um cancro metastizado (Kissane et al., 1997). É neste seguimento que faz sentido testar intervenções inspiradas na abordagem cognitivo-comportamental na fase da sobrevivência.

O nosso estudo centra-se, portanto, nas intervenções de grupo estruturadas, de curta duração, de inspiração cognitivo-comportamental. Estudamos a intervenção de grupo psicopedagógica, que, apesar de familiarizar as participantes com estratégias cognitivo-comportamentais, não envolve um treino sistemático destas, nem garante a sua generalização à vida das participantes (não existem trabalhos de casa), tendo, portanto, um enfoque predominantemente informativo. Simultaneamente estudamos a terapia de grupo cognitivo-comportamental, em que existe treino sistemático de estratégias cognitivo-comportamentais (o relaxamento é praticado no final de todas as sessões, por exemplo), para além de se prescrever trabalhos de casa com vista à generalização da utilização destas estratégias. Em suma, a teoria formal de mudança que guia ambas as intervenções é a cognitivo-comportamental, sendo também a orientação teórica formal dos terapeutas que as desenvolveram e implementaram, no entanto, as intervenções diferem nos objetivos e nos mecanismos de mudança utilizados. Assim, a intervenção de grupo psicopedagógica tem como objetivo principal fornecer e familiarizar as participantes com informações acerca da sobrevivência do cancro da mama (através da psico-educação) e utiliza um estilo de facilitação especialmente dedutivo, ainda que também interativo. Por outro lado, a intervenção de grupo cognitivo-comportamental tem como objetivo principal treinar estratégias de *coping* adequadas para lidar com essa fase da doença e recorre à aplicação das estratégias de *coping* (reestruturação cognitiva, resolução de problemas, estratégias de comunicação, relaxamento) com um método especialmente interativo, utilizando a realidade (os problemas e dificuldades) das participantes.

Em seguida, depois de abordarmos aspetos práticos da intervenção de grupo cognitivo-comportamental, vamos fazer uma revisão dos estudos de eficácia destes tipos de intervenção, a intervenção psicopedagógica e a cognitivo-comportamental, em doentes de cancro da mama, especialmente em fase de sobrevivência.

2.3 Aspetos estruturais da intervenção de grupo

A intervenção de grupo de inspiração cognitivo-comportamental apresenta várias especificidades em relação à terapia individual. Aspetos relacionados com a preparação da

intervenção, como a estrutura, os terapeutas, os participantes e mesmo aspetos logísticos têm de ser considerados de forma mais relevante do que na terapia individual.

Vários autores têm feito referência a estas especificidades. Bieling, McCabe e Antony (2006), referem que as especificidades da terapia de grupo cognitivo-comportamental se relacionam com os seguintes 4 fatores principais de organização e estruturação da intervenção de grupo: seleção de pacientes; fatores relativos ao terapeuta; estrutura de cada sessão e a estrutura intersessões. Mas acrescentam outros aspetos que devem ser considerados, como os seguintes: o planeamento do espaço físico próprio para a realização do grupo; o estabelecimento da agenda das sessões de grupo; o acesso e a recolha da informação clínica dos participantes; as opções relativas à avaliação dos resultados; a escolha da abordagem para intervir com as desistências (*dropouts*) e com a falta de adesão terapêutica (*non-compliance*). Brown (2011) também adverte para a necessidade de ter em consideração a estrutura da intervenção psicoeducativa, em que incluem os aspetos do tamanho do grupo, da gestão de conteúdo, da duração e número das sessões, das responsabilidades do líder, da severidade do problema e das competências do líder. Free (1999), num capítulo dedicado à preparação do funcionamento de um programa de grupo cognitivo-comportamental, faz referência ao racional do manual da intervenção, à aquisição dos recursos apropriados, à seleção dos participantes, à preparação prospetiva dos participantes e aos momentos de avaliação. Spira e Casden (2010) fazem referência aos objetivos terapêuticos (educativos, de treino de competências ou de apoio social e emocional), ao método de facilitação (dedutivo, interativo e indutivo, respetivamente), à população a que se dirige o grupo (doentes e/ou familiares, tipo de cancro, fase da doença e características demográficas e culturais) e ao tamanho e duração do grupo, para além de abordar o treino adequado dos terapeutas. Também Burlingame e colaboradores (2005) fazem alusão às características estruturais, que podem influenciar significativamente o funcionamento do grupo: os destinatários do grupo; a duração; a frequência; o número, frequência e duração das sessões; a abertura à integração de novos participantes; o tipo de líderes e o treino líderes; o tamanho do grupo; o tipo de participação (obrigatória ou voluntária) e fase em que se realiza (antes ou em coocorrência com outro tratamento).

Tendo em consideração os autores que se têm debruçado sobre esta temática, sintizamos que de forma geral parece haver consenso sobre a indicação dos seguintes aspetos estruturais das intervenções de grupo de orientação cognitivo-comportamental:

- O espaço para realização das sessões deve ser adequado ao tamanho do grupo e deve dispor do material necessário à realização das sessões;
- É necessário realizar avaliação clínica dos participantes previamente à realização do grupo, com vista à avaliação de critérios de inclusão e de exclusão, definidos previamente de acordo com os objetivos e a intervenção a realizar;
- Quanto à heterogeneidade ou homogeneidade do grupo, será importante ter em consideração a área problemática em foco na intervenção, variáveis sócio-demográficas como a idade, a cultura, a língua materna e o género sexual. Por norma opta-se preferencialmente por grupos homogêneos para se facilitar os processos de identificação com os outros pacientes, contudo, é aconselhável existir alguma heterogeneidade, ainda que com limites, para que os pacientes possam subentender a universalidade dos seus problemas e para que a diferença possa enriquecer as perspetivas do grupo.
- Quanto aos terapeutas, o ideal é que os terapeutas tenham previamente adequado treino em intervenção cognitivo-comportamental, bem como, prévio contato com a terapia de grupo antes de serem os terapeutas principais. Também se deve ter em consideração a postura ou estilo interpessoal do terapeuta. Apesar de ser uma área pouco documentada, alguns autores como White (2000) sugerem algumas características que um líder de um grupo deve ser capaz de apresentar: modelar uma participação ativa; modelar a tolerância e abertura às diferenças individuais; usar a colaboração e o diálogo socrático e, por fim, comunicar a universalidade da experiência, através da utilização de linguagem como o uso do “nós”. Este autor também recomenda que os terapeutas devem encorajar os participantes a verbalizar alguma insatisfação com o grupo ou algum pensamento acerca de desistência do grupo. Para Morran, Stockton e Whittingham (2004) existem 2 competências gerais inerentes aos terapeutas, que são: proteger, que é assegurada por clarificar e estabelecer as normas do grupo e por controlar as formas de comunicação no grupo; envolver, o que passa pelo incentivo à participação, à modelação de um comportamento interpessoal adequado, por fazer a ligação das afirmações aos objetivos do grupo, por explorar a experiência dos participantes e interpretá-la num quadro cognitivo-comportamental, por fornecer *feedback* contingente (especialmente em contingência à tentativa de monopolização do tempo do grupo, à

rejeição na participação ou na manifestação de hostilidade). Quanto ao número de terapeutas presentes nas sessões, dois terapeutas é o mais utilizado (um terapeuta principal e um co-terapeuta). Pode existir um terceiro terapeuta a fazer meramente observação, um observador participante.

- Normalmente opta-se por grupos fechados, exceções podem estar relacionadas com grupos com pacientes hospitalizados. A duração habitual das sessões é de 90 minutos ou 2 horas. Um aspeto da estrutura do grupo importante é a seleção de um protocolo de intervenção ou manual, que deverá partir do diagnóstico principal, bem como, um protocolo de avaliação adequado às variáveis que se procuram promover com a intervenção. Quanto aos momentos de avaliação, apesar de poder haver vários momentos com vista à monitorização da evolução terapêutica e de manutenção dos benefícios terapêuticos, no mínimo têm de se realizar o pré-teste e o pós-teste, para se avaliar os resultados terapêuticos.

À guisa de conclusão, concluímos que para Burlingame e colaboradores (2005), independentemente do tipo de orientação teórica e da população a que se dirige o grupo, a maioria das intervenções de grupo empiricamente validadas têm as seguintes características estruturais: são específicas para um diagnóstico ou um problema específico, têm como principal objetivo a redução sintomática, usam grupos homogêneos, com um tempo de duração determinado breve e são manualizados.

2.4 Intervenção de grupo breves, de inspiração cognitivo-comportamental, em sobreviventes de cancro da mama

As intervenções cognitivo-comportamentais têm sido defendidas como um tratamento de primeira escolha da psicopatologia de doentes com doenças físicas, nos quais os efeitos secundários das terapias farmacológicas podem ser problemáticos (Gastelum et al., 2013; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Ainda outras entidades internacionais, como a *National Breast Cancer Centre* e a *National Cancer Control Initiative* (2003), recomendam, de entre todos os tipos de intervenções psicossociais, as intervenções cognitivo-comportamentais e psicoeducativas para o tratamento eficaz da ansiedade e depressão em doentes com cancro. Várias meta-análises também têm concluído que as intervenções cognitivo-comportamentais têm efeitos terapêuticos na depressão, na ansiedade e na qualidade de vida dos doentes oncológicos e

sugerem a sua recomendação (Jacobsen & Jim, 2008; Osborn et al., 2006; Uitterhoeve et al., 2004; Williams & Dale, 2006). O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2009) recomenda especificamente o uso da intervenção de grupo cognitivo-comportamental em adultos com problemas de saúde crónicos, pela evidência de eficácia encontrada. Jacobsen e Jim (2008) também concluem que, apesar da grande heterogeneidade nas abordagens de intervenção, as intervenções cognitivo-comportamentais, psicopedagógicas, de resolução de problemas e de treino de gestão de *stress* são as mais bem sucedidas na intervenção da ansiedade e depressão de doentes oncológicos. Estes autores também recomendam as estratégias de relaxamento, isoladas ou em conjunto com o ensino ou treino de competências, para a prevenção e alívio da ansiedade e depressão na fase posterior ao final dos tratamentos ativos.

Segundo Brown (2005), a maioria dos estudos com intervenção de grupo psicopedagógica também indicam resultados positivos para os participantes, encontrando-se evidência de que se consegue reduzir a ansiedade e o medo quando é fornecida informação válida. A literatura indica que a intervenção psicopedagógica é útil para doentes oncológicos, especialmente quando, para além de conter informação sobre a doença, são integradas outras estratégias terapêuticas (Ali & Khalil, 1989; Fawzy, Kemeny et al., 1990; Fawzy, Cousins et al., 1990; Gordon et al., 1980; Pruitt et al., 1993). Vários autores indicam a continuação de realização de estudos com rigor metodológico sobre a eficácia desta intervenção em doentes oncológicos (e.g. Fors et al., 2011).

O importante é que se pode afirmar que parecer existir “poucas dúvidas atualmente de que a terapia de grupo é eficaz e eficiente” (Bieling et al., 2006, p. 4). A maioria dos estudos suporta a ideia de que a intervenção de grupo e especialmente a intervenção de grupo estruturada, que inclui estratégias cognitivo-comportamentais, são eficazes com doentes oncológicos (Cain et al., 1986; Clark et al., 2003; Fawzy, Cousins et al., 1990; Fawzy et al., 1993; Fawzy & Fawzy, 1994; Horne & Watson, 2011; Meyer & Mark, 1995; Newell et al., 2002; Rehse & Pukrop, 2003; Tatro & Montgomery, 2006; Watson, Fenlon, Mcvey & Fernandez-Marcos, 1996; Worden & Weisman, 1984) e especificamente com cancro da mama (Cunningham & Tocco, 1989; Helgeson et al., 2001; Rowland & Massie, 2010). Este tipo de intervenção tem sido apontado como um tratamento de primeira escolha para doentes de cancro, representando um tamanho de efeito médio elevado, de 0.77, para um largo espectro de queixas (Petrocelli, 2002).

Neste ponto do trabalho propomos realizar uma revisão da literatura acerca da eficácia das intervenções de grupo estruturadas de curta duração, de inspiração cognitivo-comportamental, que são objeto deste trabalho, mais especificamente, a intervenção psicopedagógica e a terapia de grupo cognitivo-comportamental, em sobreviventes de cancro da mama.

2.4.1 Revisão dos estudos de eficácia da intervenção de grupo psicopedagógica em sobreviventes de cancro da mama

Estudos com intervenções de grupo psicopedagógicas, como o de Cunningham e Tocco (1989), indicam que este tipo de intervenção pode ser benéfico para os doentes oncológicos. Estes autores compararam uma intervenção de grupo psico-educativa (que incluía familiarização com competências de *coping*), com a intervenção de suporte (que incluía discussões de suporte, ventilação de sentimentos e partilha de informação), numa amostra heterogénea quanto ao tipo de cancro em que a maioria tinha cancro da mama. Os autores concluíram que o grupo com intervenção psico-educativa apresentava melhorias mais significativas nos sintomas afetivos do que o grupo com intervenção somente de suporte.

De forma a realizar a pesquisa da literatura acerca dos efeitos das intervenções de grupo psicopedagógicas em sobreviventes de cancro da mama utilizou-se uma pesquisa com os termos em Português e em Inglês “Efeitos da intervenção de grupo psicopedagógica em sobreviventes de cancro da mama / Effects of psychoeducational group intervention for breast cancer survivors” nos seguintes motores de pesquisa: Pubmed, Web of knowledge, Scopus e Scielo Portugal. Obtiveram-se respetivamente 3, 8, 14 e 0 estudos, em que todos foram excluídos. O principal motivo de exclusão foi o de se referirem a intervenção psicopedagógica individual. Para além dessa razão, encontramos também estudos que não se referiam sequer à investigação de efeitos de intervenção, que se referiam a intervenção de grupo não psicopedagógica, a intervenção realizada por telefone e ainda intervenção para parceiros de doentes.

Ainda assim, há a referir que as intervenções psicopedagógicas individuais têm evidenciado resultados positivos ao nível das estratégias de *coping* (Rockson, 2002), de sintomas menopáusicos (Tremblay, Sheeran & Aranda, 2008), de recuperação de energia

(Stanton et al., 2005) e na qualidade de vida destas sobreviventes (Loerzel, McNees, Powel, Su & Meneses, 2008; Meneses et al., 2009; Meneses, McNees et al., 2007; Park, Bae, Jung & Kim, 2012; Pisu, Azuero, Meneses, Burkhardt & McNees, 2011; Su, Meneses McNees & Johnson, 2011).

Atendendo à ausência de resultados com a pesquisa restrita a este tipo de intervenção a sobreviventes de cancro da mama, optámos por efetuar a mesma pesquisa sem nos restringirmos à fase de sobrevivência, alargando-a a todas as fases de cancro da mama. Assim, procedemos a nova pesquisa nos mesmos motores de pesquisa com os seguintes termos: “Effects of psychoeducational group intervention for breast cancer”. As listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados foram também analisadas com o objetivo de se identificarem outras publicações relevantes. Selecionámos 9 estudos, tendo-se excluído os restantes pelos mesmos motivos apresentados na primeira pesquisa. Curiosamente, destes 9, 6 utilizam mulheres já no fim ou depois do fim dos tratamentos, em remissão da doença (Fukui et al., 2000; Fukui, Koike, Ooba & Uchitomi, 2003; Jones et al., 2013; Lethborg & Kissane, 2003; Rosberger, Edgar, Collet & Fournier, 2002; Simpson, Carlson, Beck & Patten, 2002; Simpson, Carlson & Trew, 2001), que, no nosso entender, se tratam de sobreviventes de cancro da mama, ainda que de curta duração. Helgeson et al. (2001) e Jones e colaboradores (2013) realizaram estudos com mulheres ainda em fase de tratamentos. E Dastan e Buzlu (2012) também estudaram este tipo de intervenção, mas não especificaram a fase da doença. Podemos observar que estes estudos levam às seguintes conclusões acerca da intervenção de grupo psicopedagógica: é percebida pelas sobreviventes de cancro da mama como adequada e benéfica às necessidades que encontram, ainda que a maioria considere que deveria ser mais extensa do que 4 sessões (Lethborg & Kissane, 2003); contribui para a melhoria do humor e da qualidade de vida (Fukui et al., 2000; Simpson et al., 2001), nomeadamente do funcionamento físico e da dor (Helgeson et al., 2001), do vigor ou vitalidade (Fukui et al., 2000; Helgeson et al., 2001); para a redução de psicopatologia e de sintomas depressivos (Simpson et al., 2001); para a alteração das estratégias de *coping* (Rosberger et al., 2002; Dastan & Buzlu, 2012), nomeadamente para a procura de apoio social satisfatório (Fukui et al., 2003), para a promoção do espírito de luta (Fukui et al., 2000; Dastan & Buzlu, 2012) e para a redução do uso de respostas de evitamento e para acentuar os padrões de resolução de problemas nas que já apresentam esta estratégia (Rosberger et al., 2002). Um

dos estudos não encontrou diferenças do início para o final do estudo em sobreviventes (Simpson et al., 2002), ao nível de apoio social, e outro só encontrou diferenças no nível de conhecimentos acerca do período de transição e da preparação para regressar à vida normal (Jones et al., 2013). No quadro 3, apresentámos os estudos considerados.

Quadro 3

Estudos de aplicação de programas de intervenção de grupo psicopedagógicos a mulheres com cancro da mama

Autor	Ano	Desenho do estudo	N	Momentos de avaliação	Grupos	Tipo de intervenção	Resultados
Dastan e Buzlu	2012	RCT	76 mulheres com cancro da mama (não especificam fase da doença)	Pré-teste, 6 semanas, 6 M	2 Grupos: grupo de controlo e grupo experimental	8 sessões semanais de 90 minutos programa psicopedagógico. Grupo fechado.	Melhoria do espírito de luta, diminuição de desamparo, desesperança, preocupação ansiosa e fatalismo.
Fukui et al.	2000	RCT	46 mulheres que realizaram cirurgia há 4-18 meses a cancro da mama primário	Pré-teste, pós-teste e 6M	2 grupos: 1 grupo de controlo; 1 grupo experimental	6 semanas de intervenção de grupo psicopedagógica	O grupo experimental apresentou resultados significativamente mais baixos do que os controlos na perturbação total de humor e mais elevados no vigor, espírito de luta, até aos 6 meses. O grupo experimental também apresentou melhoria da qualidade de vida.
Fukui et al.	2003	RCT (segunda análise)	50 mulheres que realizaram cirurgia há 4-18 meses a cancro da mama primário	Pré-teste, pós-teste e 6M	2 grupos: 1 grupo de controlo; 1 grupo experimental	6 semanas de intervenção de grupo psicopedagógica	O grupo experimental apresentou resultados significativamente mais baixos do que o controlo na solidão e mais elevados no número e satisfação com os confidentes e apoio mútuo com estes.
Helgeson, Cohen, Schulz e Yasko	2001	RCT	312 mulheres em fase inicial de cancro da mama, 3 meses depois do diagnóstico	Pré-teste, Pós-teste, 6M, 1A, 2A, 43M/3.5A	4 grupos: 3 grupos com intervenção de grupo e 1 grupo de controlo	Intervenção de grupo durante 8 sessões semanais. Um grupo educativo, um de discussão de pares e um de educação e discussão de pares	Verificaram resultados de longa duração (3.5 anos) no grupo educativo, ao contrário dos outros 3 grupos, nos seguintes níveis: vitalidade, funcionamento físico e dor.
Jones et al.	2013	RCT	442 mulheres com cancro da mama na fase de tratamento	Pré-teste, 3M e 6M	2 Grupos: grupo de controlo e grupo experimental	CBOT programa psicopedagógico multidisciplinar de uma sessão de 2 horas	Aumento de conhecimento acerca do período de transição e da preparação para regressar à vida normal. Não se encontraram diferenças significativas no sofrimento emocional e no humor.

Autor	Ano	Desenho do estudo	N	Momentos de avaliação	Grupos	Tipo de intervenção	Resultados
Lethborg e Kissane	2003	Estudo piloto	35 mulheres com cancro da mama no final do tratamento	Uma avaliação qualitativa com obtenção de <i>feedback</i> da utilidade e aceitabilidade	1 grupo piloto	4 sessões semanais PATS de 90 minutos, grupos de 6 a 8 mulheres, com um facilitador	As participantes consideraram o PATS benéfico, adequado às necessidades e na fase da doença adequada, mas que devia ser mais longo.
Rosberger, Edgar, Collet e Fournier	2002	Fatorial	156 mulheres com cancro da mama no final dos tratamentos	Pré-teste e 4-6M	3 grupos: 1 grupo de controlo, 2 grupos experimentais	2 Workshops psicopedagógicos de um dia (1 focado no problema, 1 focado nas emoções)	Alteração das estratégias de <i>coping</i> .
Simpson, Carlson e Trew	2001	RCT	89 mulheres diagnosticadas com cancro da mama primário em estágio 0 a II, depois do fim dos tratamentos, com remissão da doença	Pré-teste, pós-teste, 1A, 2A	2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo	6 semanas de intervenção de grupo psicopedagógica, com familiarização com estratégias cognitivo-comportamentais	O grupo com intervenção apresentou menos depressão e menor perturbação de humor total, menos sintomas psiquiátricos e melhor qualidade de vida do que o grupo de controlo no pós-teste e nos seguimentos até aos 2A. Também se verificou uma redução de custos, de 23%, no grupo com intervenção.
Simpson, Carlson, Beck e Patten	2002	RCT	89 mulheres com cancro da mama primário, estágio 0 a II, depois dos tratamentos, em remissão da doença	Pré-teste, 1 A e 2 A	2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo	6 semanas de intervenção de grupo psicopedagógica, com familiarização com estratégias cognitivo-comportamentais	Sem resultados significativos ao nível do apoio social. Fortes associações entre ter um diagnóstico psicopatológico de eixo I e ter menor apoio social adequado em cada período de tempo.

RCT: randomized control trial / Estudos aleatorizados, PATS: Post adjuvant treatment support program, CBOT: Getting back on track: Life after treatment, M: meses, A: anos

Um estudo, mais específico, de intervenção de grupo psico-educativa com 87 sobreviventes de cancro da mama, dirigido especificamente ao sintoma de fadiga, foi realizado por Lise Fillion e colaboradores (2008), que encontraram que as participantes após as 4 sessões semanais de grupo apresentaram melhorias mais significativas, do que o grupo de controlo, na fadiga, no nível de energia e no sofrimento emocional, no seguimento aos 3 meses, para além da qualidade de vida, no pós-teste.

Em Portugal, que seja do nosso conhecimento, foram realizados estudos preliminares, na Universidade de Aveiro com uma versão preliminar do programa psicopedagógico que utilizámos neste trabalho, com amostras pequenas de sobreviventes de cancro da mama, de 6 (Gonçalves, 2012) e 13 sobreviventes de cancro da mama (Araújo, 2011). Apesar dos tamanhos amostrais reduzidos, verificou-se a aplicabilidade do programa, para além de benefícios como a melhoria dos sintomas ansiosos e depressivos, da fadiga, do funcionamento físico, cognitivo e emocional (Araújo, 2011). Também Chiquelho, Neves, Mendes, Relvas e Sousa (2006) estudaram um programa de intervenção psicopedagógico de grupo para doentes oncológicos, o ProDoentes, noutra fase da doença, a fase de crise. E Sousa (2007) estudou o ProFamílias, para doentes e familiares de doentes de cancro, em fase de tratamento, e verificou melhoria dos níveis de ajustamento psicossocial, diminuição do *stress* familiar e flexibilização do funcionamento familiar. Autores como Sousa (2007) constataram a lacuna de investigação em Portugal a este nível e sugerem que para suplantá-la se devem realizar estudos com a população na fase crónica da doença.

2.4.2 Revisão dos estudos de eficácia da terapia de grupo cognitivo-comportamental em sobreviventes de cancro da mama

Estudos com doentes com outros tipos de cancro apresentam resultados positivos da intervenção cognitivo-comportamental de grupo, desde 1986. Telch e Telch (1986) encontraram superioridade da intervenção cognitivo-comportamental relativamente às outras duas condições (intervenção de suporte e ausência de intervenção), sendo 36% dos participantes doentes de cancro da mama. A superioridade verificou-se com a redução significativa nos distúrbios de humor no grupo experimental, em contraste com a ausência de alterações no grupo de suporte e com a deterioração no grupo sem intervenção. No

mesmo sentido, Bottomley, Hunton, Roberts, Jones & Bradley (1997), encontraram superioridade de um grupo de intervenção cognitivo-comportamental na melhoria da ansiedade e dos estilos de *coping* relativamente a um grupo de apoio social e ao grupo de controlo, apesar destes efeitos não permanecerem até à avaliação de seguimento dos 3 meses. Goedendorp et al. (2010) verificou, num estudo multicêntrico randomizado com 220 doentes oncológicos, que este tipo de intervenção, com 10 sessões de grupo, é eficaz para a redução da fadiga durante os tratamentos. Petersson, Berglund, Brodin, Glimelius e Sjöden (2000) verificaram num estudo com 132 doentes oncológicos, em que 52% eram doentes de cancro da mama, que o nível de satisfação com as sessões de grupo é superior quando os grupos são homogêneos quanto ao tipo de cancro.

De forma a realizar a pesquisa da literatura acerca dos efeitos da terapia de grupo cognitivo-comportamental em sobreviventes de cancro da mama, utilizou-se uma pesquisa com os termos em Português e em Inglês “Efeitos da intervenção cognitivo-comportamental de grupo em sobreviventes de cancro da mama / Effects of cognitive behavior group intervention for breast cancer survivors” nos seguintes motores de pesquisa: Pubmed, Web of knowledge, Scopus e Scielo Portugal. Obtiveram-se respetivamente 11, 14, 13 e 0 resultados, que foram todos excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. Os critérios de exclusão utilizados foram os seguintes: estudos sem intervenção; estudos de intervenção individual; estudos com intervenções diferentes da cognitivo-comportamental e estudos não presenciais.

Como já outros autores notaram, os estudos clínicos randomizados com sobreviventes de cancro são raros, apesar de necessários para se poder conhecer a eficácia dos programas que têm sido desenvolvidos (McQuellon & Danhauer, 2007), a maioria das intervenções testadas e publicadas para ajudar e para promover o ajustamento emocional das doentes de cancro da mama têm sido realizadas na fase de tratamento (Ambler et al., 1999; Cunningham et al., 1998; Edelman et al., 1999a,b; Mock et al., 1994) ou, no máximo, na sobrevivência de curta duração, isto é, até um ou dois anos após o diagnóstico (Edmonds, Lockwood & Cunningham, 1999; Ganz et al., 2000; Post-White et al., 1996; Rutledge & Raymond, 2001). E ainda menos estudos têm avaliado os efeitos positivos das intervenções psicológicas nas sobreviventes de cancro da mama (Sears et al., 2003).

Com vista a termos uma visão mais alargada dos resultados de eficácia obtidos com este tipo de intervenção, alargamo-la a todas as fases da doença, adicionando a esta

pesquisa os resultados obtidos com os mesmos motores de pesquisa e com os seguintes termos de pesquisa: “Efeitos da intervenção cognitivo-comportamental de grupo em mulheres com cancro da mama / Effects of cognitive behavior group intervention for breast cancer”. Obtiveram-se 33, 40, 75 e 0 resultados, respetivamente. As listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados foram também analisadas com o objetivo de se identificarem outras publicações relevantes.

Alguns dos estudos que encontramos não foram apresentados por se dirigirem a sintomas muito específicos, com programas de intervenção dirigidos a essas problemáticas, o que difere dos programas em estudo neste trabalho, que são mais abrangentes. São disso exemplo os estudos que aplicaram programas de terapia de grupo cognitivo-comportamental de intervenção nas insónias (Dirksen & Epstein, 2008; Espie et al., 2008; Savard, Simard, Ivers & Morin, 2005) e em sintomas menopausicos (Hunter, Coventry, Hamed, Fentiman, & Grunfeld, 2009; Mann et al., 2012). Podemos verificar, contudo, que os resultados destes estudos indicam que essas intervenções são possibilidades eficazes para as doentes com esses sintomas, com efeitos positivos também a nível da psicopatologia e da qualidade de vida. Também não englobamos estudos com intervenções próximas, como o de Fadaei e colaboradores (2011), que utilizou uma intervenção de grupo assente na intervenção emotivo-comportamental, dirigida à promoção da autoimagem especificamente. Ainda assim, é de referir a verificação de benefícios na autoimagem com esta intervenção, de 6 sessões bi-semanais. De igual forma não incluímos o estudo de Schnur e colaboradores (2009), que utilizaram uma intervenção cognitivo-comportamental de grupo em conjunto com hipnose em mulheres a fazer radioterapia para o cancro da mama e encontraram diminuição de afecto negativo e aumento do positivo, em comparação aos controlos.

Outro estudo não incluído foi o estudo Coreano de Yoo, Lee e Yoon (2009), já que através do resumo (que é a única parte do artigo em Inglês) não foi possível ter acesso a toda a informação da intervenção, nomeadamente a se a intervenção cognitivo-comportamental testada era de grupo. Este estudo, apesar de ser um estudo com grupo de controlo não equivalente, encontrou benefícios na redução da ansiedade e da depressão nas 35 mulheres com cancro da mama que participaram na intervenção, em comparação com as 36 do grupo de controlo.

De todos os estudos considerados, somente 3 estudaram sobreviventes de cancro da mama, que foram, o ensaio clínico randomizado com mulheres depois do final dos tratamentos, de Dolbeault e colaboradores (2008, 2009), realizado em França; o estudo longitudinal, sem grupo de controlo, realizado recentemente na Holanda pela equipa de Fischer (2013), e o estudo *quasi*-experimental, com grupo de controlo não-equivalente, da equipa Iraniana liderada por Hassanzade (2012). Em relação a estes estudos, o facto de dois deles não terem um grupo comparativo equivalente, faz com que não possamos concluir se os resultados se devem à intervenção ou a outros fatores. Apesar da maior robustez metodológica do estudo de Dolbeault e colaboradores (2008, 2009), os resultados só foram avaliados até 1 mês depois do final da intervenção, pelo que não sabemos a durabilidade dos efeitos obtidos. Torna-se, assim, evidente a necessidade de realização de estudos que avaliem a eficácia deste tipo de intervenção em sobreviventes de longa duração e com avaliações de seguimento mais prolongadas.

Para além dos 3 estudos mencionados, todos os outros diferiam da população que está em estudo neste trabalho no que se refere à fase da doença, pois maioritariamente estudaram doentes em fase de tratamento (Andersen et al., 2004, 2007; Antoni et al., 2001, 2006, 2009; Beaty & Koczwara, 2010; Cohen & Fried, 2007; Cruess et al., 2000; Groarke, Curtis & Kerin, 2012; Lee, Lim, Yoo & Kim, 2011; Mckiernan, Stegles, Guerin & Carr, 2010; Phillips et al., 2008; Schedlowski et al., 1994), enquanto um utilizou uma amostra em fase de recorrência (Chujo et al., 2005) e alguns com cancro da mama metastático (Cocker, Bell & Kidman, 1994; Edelman et al., 1999a). Os dois estudos que abarcaram amostras mais heterogéneas quanto à fase da doença foram os de Watson, Fenlon e McVey (1996) e Qiu e colaboradores (2013). Ainda assim, é de notar que tanto os estudos com sobreviventes, como os com doentes noutras fases da doença, encontraram na generalidade resultados que corroboram a eficácia terapêutica deste tipo de intervenção, à exceção de 2 estudos que não encontraram alterações nas variáveis psicológicas (Schedlowski et al., 1994; Watson et al., 1996). E, mesmo em relação a estes dois estudos, é de salientar que algumas das suas características podem explicar a ausência de verificação de resultados. O estudo de Schedlowski e colaboradores (1994) centrou-se no estudo das alterações hormonais e imunitárias e não em aspetos psicológicos, o que pode levou a uma avaliação pouco alargada das variáveis psicológicas, enquanto Watson e colaboradores (1996)

testaram a intervenção numa amostra com níveis iniciais de psicopatologia baixos, o que pode ter dificultado a obtenção de ganhos terapêuticos.

Verificamos grande heterogeneidade dos programas de intervenção utilizados, não só quanto ao número de sessões (em que existem programas com 5, 6, 8, 9, 10, 12 e 26 sessões), mas também quanto à composição do próprio programa. Contudo, todos partilham das características que consideramos ser distintivas de terapia cognitivo-comportamental, ou seja, todos englobam treino sistemático de estratégias cognitivo-comportamentais e tentam promover a generalização da utilização dessas estratégias. Apesar da heterogeneidade dos programas terapêuticos encontrados e das limitações metodológicas relevantes de alguns estudos (Beatty & Koczwara, 2010; Chujo et al., 2005; Cocker et al., 1996; Hassanzade et al., 2012; Lee et al., 2011; Mckiernan et al., 2010; Watson et al., 1996), que podem limitar a generalização dos resultados encontrados, os diversos efeitos terapêuticos encontrados devem ser considerados.

É de referir que algumas questões metodológicas também foram apontadas ao estudo de Antoni et al. (2001), por Coyne e Kagee (2001). Estas questões diziam respeito ao título e aos resultados do estudo referirem uma diminuição da prevalência da depressão, quando a avaliação da depressão se baseava num questionário de auto-resposta e quando tinham sido excluídas as mulheres deprimidas no início do estudo. Também é apontada a diferença na intensidade da intervenção no grupo de controlo e no experimental, para além da proximidade de avaliação ao momento em que tinha havido intervenção diferir nos 2 grupos, existindo maior afastamento temporal no grupo de controlo. Por estes motivos e apesar dos autores terem respondido adequadamente a estas questões, entendemos que será mais correto pelo menos considerar que houve diminuição de sintomatologia depressiva, ao invés, de diminuição da prevalência da depressão.

No quadro 4, fazemos uma síntese dos estudos que foram selecionados.

Quadro 4

Estudos de aplicação de programas de terapia de grupo cognitivo-comportamentais a mulheres com cancro da mama

Autor	Ano	Desenho do estudo	N	Momentos de avaliação	Grupos	Tipo de intervenção	Resultados
Andersen et al.	2004	RCT	227 mulheres em fase pos-cirúrgica de cancro da mama localizado	Pré e pós-testes	2 grupos: 1 grupo de controlo; 1 grupo experimental	18 sessões semanais de 1.5 horas (4 meses) com um programa manualizado com elementos de intervenção cognitivo-comportamental	As participantes que receberam a intervenção mostraram diminuição da ansiedade, melhoria do apoio social, melhoria dos hábitos dietéticos e redução do consumo de tabaco. Também mostraram melhorias nas respostas imunológicas (verificou-se proliferação das células T estável ou aumento nesse grupo, enquanto diminuiu nos controlos). Os controlos apresentaram maior variação da intensidade das doses de quimioterapia.
Andersen et al.	2007	RCT	227 mulheres em fase pos-cirúrgica de cancro da mama localizado	Pré-teste, 4M e 12M	2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo	18 sessões semanais de 1.5 horas (4 meses) com um programa manualizado com elementos de intervenção cognitivo-comportamental, seguidas de 8 sessões mensais de seguimento	Após a intervenção, o grupo de controlo apresenta funcionalidade mais comprometida e atividades diárias mais restritas, incluindo o autocuidado. Aos 12 meses continua-se a verificar significativa melhoria de funcionalidade no grupo com intervenção, em relação aos controlos. Verifica-se uma trajetória que indica que a participação na intervenção melhora diretamente a saúde aos 12 meses. Indiretamente, a redução do sofrimento emocional conseguida no final da intervenção aos 4 meses, prediz uma melhoria da saúde aos 12 meses.
Antoni et al.	2001	RCT	100 mulheres em tratamento para o cancro da mama em estágio 2 ou inferior	Pré-teste, 6M e 9M	2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo	Intervenção cognitivo-comportamental de 10 sessões semanais de 2 horas	Observou-se uma redução dos sintomas de depressão (ao invés do grupo de controlo), um aumento da perceção de benefícios relacionados com a doença e melhoria do otimismo geral, no grupo com intervenção. O impacto da intervenção é maior nas mulheres com pior otimismo inicial.

Autor	Ano	Desenho do estudo	N	Momentos de avaliação	Grupos	Tipo de intervenção	Resultados
Antoni et al.	2006	RCT	199 mulheres que tenham realizado cirurgia há 8 semanas ou menos a cancro da mama em estágio III ou inferior	Pré-teste, 6M e 12M	2 grupos: grupo com intervenção e grupo de controlo com 1 seminário psicopedagógico de um dia	Intervenção cognitivo-comportamental de 10 sessões semanais de 2 horas	As participantes com intervenção diminuíram a rutura social, melhoraram o bem-estar emocional, os estados mentais positivos, os benefícios percebidos, as mudanças no estilo de vida positivas e o afeto positivo até aos 12 meses. Os resultados alcançados parecem ser mediados pela mudança na confiança acerca de ser capaz de relaxar.
Antoni et al.	2009	RCT	97 mulheres com cancro da mama nos estádios de 1 a 3, depois 4 a 8 semanas da cirurgia	Pré-teste, 6M e 12M	2 grupos: grupo com intervenção e grupo de controlo com 1 seminário psicopedagógico de um dia	Intervenção cognitivo-comportamental de 10 sessões semanais de 2 horas	Melhor adaptação psicossocial (menor ansiedade) e fisiológica (menor cortisol, maior produção de citocina) depois da intervenção do que o grupo de controlo. As melhorias psicossociais e do cortisol mantiveram-se até aos 12 meses, enquanto a produção de citocina só se manteve até aos 6 meses.
Beatty e Koczwara	2010	Estudo de caso	5 mulheres com cancro da mama em fase inicial	Pré-teste, pós-teste e 1M	Observação qualitativa e quantitativa de 5 mulheres	Intervenção cognitivo-comportamental de 10 sessões semanais de 2 horas	O grupo apresentou melhorias com tamanhos de efeito fortes nos sintomas de <i>stress</i> postraumático e apoio social. Simultaneamente verificaram-se efeitos desfavoráveis no evitamento cognitivo. 2 mulheres recuperaram completamente dos sintomas de <i>stress</i> postraumático até à avaliação de seguimento, contudo os 2 casos mais graves de sintomatologia só apresentaram ganhos terapêuticos no pós-teste. Qualitativamente, as participantes consideraram como os maiores benefícios a aquisição de competências de relaxamento e de reestruturação cognitiva e a obtenção de apoio social.

Autor	Ano	Desenho do estudo	N	Momentos de avaliação	Grupos	Tipo de intervenção	Resultados
Chujo et al.	2005	Estudo piloto	19 mulheres com primeira recorrência de cancro da mama	Pré-teste, pós-teste, 3M e 6M	1 grupo piloto com intervenção	Intervenção de grupo de 6 sessões semanais de 90 minutos com treino de estratégias cognitivo-comportamentais	Diminuição significativa da tensão-ansiedade, da depressão-desânimo, da raiva-hostilidade e da perturbação de humor total, bem como, do desamparo/desesperança. Alterações significativas em alguns domínios da qualidade de vida, diminuição da imagem corporal e da perspectiva de futuro. Os efeitos só se mantêm até aos 3M. Impossibilidade de generalização dos resultados devido ao tamanho reduzido da amostra.
Cocker, Bell e Kidman	1994	Estudo piloto	6 mulheres com cancro da mama metastático	Pré-teste, pós-teste, 3M, 6M, 12M, 18M, 24M, 36M, 48M e 60M	1 Grupo piloto com intervenção	Intervenção de treino de estratégias de <i>coping</i> de 6 sessões bi-semanais de 90 minutos	Verificou-se melhoria na maioria dos casos no pós-teste e no seguimento dos 3M ao nível da depressão e da raiva e, em menor extensão, da autoestima.
Cohen e Fried	2007	RCT	114 mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama, 2 a 12 meses depois de efetuarem cirurgia ou tratamentos	Pré-teste, pós-teste e 4M	3 grupos: grupo com terapia de grupo cognitivo-comportamental; grupo com treino de relaxamento e imaginação guiada e grupo de controlo	Terapia de grupo cognitivo-comportamental em comparação com um grupo de treino de relaxamento e imaginação guiada. Ambas as intervenções com 9 sessões semanais de 90 minutos.	O sofrimento psicológico diminuiu em ambos os grupos com intervenção, em comparação com o grupo de controlo. O grupo de treino de relaxamento e de imaginação guiada é mais eficaz na redução dos níveis de fadiga e de dificuldades de dormir, enquanto a intervenção de grupo é mais eficaz na redução do <i>locus</i> de controlo externo de saúde. A adesão à prática em casa está associada significativamente com a redução de sintomas físicos e psicológicos.
Cruess et al.	2000	RCT	34 mulheres depois 8 semanas da cirurgia	Pré e pós-testes	2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo	Terapia de grupo de 10 sessões semanais de 2 horas.	As participantes apresentaram aumento de benefícios percebidos do cancro da mama e redução dos níveis de cortisol, ao contrário dos controlos. As reduções dos níveis de cortisol apresentam relação com o aumento do crescimento positivo e não apresenta relação com o sofrimento emocional.

Autor	Ano	Desenho do estudo	N	Momentos de avaliação	Grupos	Tipo de intervenção	Resultados
Dolbeault et al.	2008 2009	RCT	170 mulheres depois do final do tratamento para o cancro da mama	Pré-teste, pós-teste e 1M	2 grupos: grupo com intervenção e grupo de controlo	8 sessões semanais de 2h com programa que designam de psicopedagógico, manualizado, com relaxamento todas as sessões, trabalhos de casa e treino de estratégias de cognitivo-comportamentais	Redução da ansiedade, da raiva, da depressão e da fadiga, no grupo com intervenção, bem como, melhoria do vigor, das relações interpessoais, do funcionamento emocional e de papel, no estado de saúde e na fadiga percebidos.
Edelman, Bell e Kidman	1999	RCT	124 mulheres com cancro da mama metastático	Pre-teste, pós-teste, 3M e 6M	2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo	Terapia de grupo cognitivo-comportamental de 8 sessões, seguida de noite com a família e de 3 sessões mensais	Diminuição significativa da depressão e da perturbação de humor total e aumento da autoestima no grupo experimental. Os ganhos terapêuticos não se mantiveram até aos 3 e 6 meses.
Fischer et al.	2013	Estudo longitudinal	57 mulheres diagnosticadas com cancro da mama que terminaram os tratamentos médicos (com exceção da hormonoterapia e da imunoterapia)	Pré-teste, pós-teste e 12M	1 grupo com intervenção, avaliado até 1A	9 sessões designadas de psicopedagógicas de 2h a 2h30 (4 sessões semanais + 4 sessões cada duas semanas + 1 sessão de seguimento depois de 2 M), que incluem trabalhos de casa e treino de estratégias cognitivo-comportamentais	O sofrimento emocional inicial é explicado em 43% pelas perceções da doença das participantes. A intensidade do sofrimento emocional geral e das emoções relacionadas com o cancro diminuiu significativamente com a intervenção e manteve-se durante um ano.

Autor	Ano	Desenho do estudo	N	Momentos de avaliação	Grupos	Tipo de intervenção	Resultados
Groarke, Curtis e Kerin	2012	RCT	355 mulheres com cancro da mama depois 4 meses da cirurgia	Pré-teste, pós-teste e 12 M	2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo	Intervenção cognitivo-comportamental de 5 semanas, seguida dos serviços de cuidados habituais	O grupo com intervenção mostrou diminuição significativa do <i>stress</i> e da ansiedade e aumento dos benefícios percebidos, em comparação com os controlos. Contudo, os resultados não se mantêm até aos 12 meses. O maior <i>stress</i> inicial prediz maiores melhorias no final da intervenção ao nível do <i>stress</i> e ansiedade.
Hassanzade et al.	2012	Estudo <i>quasi-experimental</i>	50 mulheres que estão a fazer hormonoterapia para o cancro da mama	Pré e pós-testes	2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo	Intervenção de grupo cognitivo-comportamental de 12 sessões bi-semanais de 2 horas	As participantes com intervenção diminuíram os sintomas de ansiedade e depressão e melhoraram a perceção de saúde em vários domínios (náuseas, vômitos, sintomas do sistema nervoso simpático e insónias).
Lee, Lim, Yoo e Kim	2011	Estudo <i>quasi-experimental</i>	71 mulheres com cancro da mama a realizar radioterapia	Pré-teste, pós-teste e 6M	2 grupos não equivalentes: grupo experimental e grupo de controlo	Intervenção cognitivo-comportamental de 6 sessões semanais	Verificou-se um aumento da fadiga em ambos os grupos, no entanto, o aumento foi menor no grupo a receber intervenção. A qualidade de vida foi significativamente maior no grupo com intervenção.
McGregor et al.	2004	RCT	29 mulheres com cancro da mama, depois 4 a 8 semanas da cirurgia	Pré-teste, pós-teste e 3M	2 grupos: 1 grupo de controlo com 1 seminário psicopedagógico de um dia; 1 grupo experimental	Intervenção cognitivo-comportamental de 10 sessões semanais de 2 horas	O grupo que recebeu intervenção apresentou melhoria da perceção de benefícios de ter cancro da mama. O grupo com intervenção também aumentou a proliferação de linfócitos na avaliação dos 3 meses e este aumento é predito pela perceção de benefícios avaliada às 10 semanas.

Autor	Ano	Desenho do estudo	N	Momentos de avaliação	Grupos	Tipo de intervenção	Resultados
Mckiernan, Stegles, Guerin e Carr	2010	Quase-experimental	69 mulheres que terminaram há menos de 12M radioterapia	Pré-teste, pós-teste e 6M	2 grupos: grupo com terapia de grupo cognitivo-comportamental e grupo de controlo educativo	Intervenção cognitivo-comportamental de 6 sessões semanais de 90 minutos	O grupo com intervenção mostrou melhorias na severidade e impacto dos problemas, nas competências de <i>coping</i> e no estabelecimento de objetivos, no entanto, só se manteve a melhoria até aos 6M da severidade e impacto dos problemas. O <i>coping</i> maladaptativo e o sofrimento psicológico inicial predizem o ajustamento no seguimento.
Phillips et al.	2008	RCT	128 mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama	Pré-teste, 6M e 12M	2 grupos: grupo com intervenção e grupo de controlo com 1 seminário psicopedagógico de um dia	Intervenção cognitivo-comportamental de 10 sessões semanais de 2 horas	Verificaram uma diminuição do nível do cortisol e aumento da capacidade de relaxar no grupo com intervenção até aos 12 meses, enquanto o grupo de controlo não apresentou alterações detectáveis.
Qiu et al.	2013	RCT	62 mulheres com cancro da mama deprimidas	Pré-teste, pós-teste e 6M	2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo que recebeu um folheto educativo	Intervenção cognitivo-comportamental	Verificou-se uma redução significativa da sintomatologia depressiva até aos 6 meses no grupo experimental. Também se verificou um aumento da qualidade de vida e da autoestima maior no grupo com intervenção do que do grupo de controlo.
Schedlowski, Jung, Schimanski, Tewes e Schmoll	1994	Estudo exploratório	24 mulheres após cirurgia a cancro da mama	4 momentos: pré-teste, depois da 2ª sessão, pós-teste e 9S	2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo	Intervenção de grupo comportamental de 10 sessões semanais	Não se verificaram alterações nas variáveis psicológicas. Aumento do número de linfócitos após a 2ª sessão e no final da intervenção, no grupo com intervenção, bem como, um aumento após 3 semanas. Simultaneamente, verificou-se uma redução dos níveis de cortisol do início para o final da intervenção, verificável até às 9 semanas.

Autor	Ano	Desenho do estudo	N	Momentos de avaliação	Grupos	Tipo de intervenção	Resultados
Taylor et al.	2003	RCT	73 mulheres com cancro da mama não metastático, em tratamentos	Pré-teste, 1 A	2 grupos: 1 grupo de controlo; 1 grupo experimental	8 sessões semanais de 2h com programa que designam de psicopedagógico, manualizado, com relaxamento todas as sessões e treino de estratégias de <i>coping</i>	Melhoria de humor, do funcionamento geral e do funcionamento relacionado com o cancro.
Watson, Fenlon e McVey	1996	Estudo piloto	14 mulheres com cancro da mama	Pre e pós testes	1 Grupo piloto com intervenção	Terapia de grupo cognitivo-comportamental de 6 sessões semanais de 2 horas. Grupo fechado	Sem diferenças significativas a nível da ansiedade e depressão (possibilidade de relação com baixos níveis de psicopatologia inicial).

Quanto aos estudos com sobreviventes, verificaram-se os seguintes efeitos presumíveis da intervenção: diminuição do sofrimento emocional (Fischer et al., 2013), especificamente da depressão e da ansiedade (Dolbeault et al., 2008, 2009; Hassanzade et al., 2012); diminuição de emoções relacionadas com o cancro (Fischer et al., 2013), nomeadamente da raiva (Dolbeault et al., 2008, 2009); melhoria da perceção do estado de saúde (Dolbeault et al., 2008, 2009; Hassanzade et al., 2012), nos domínios das náuseas, vômitos, sintomas do sistema nervoso simpático e insónias (Hassanzade et al., 2012); melhoria do vigor, das relações interpessoais, do funcionamento emocional, do funcionamento de papel e da fadiga (Dolbeault et al., 2008, 2009).

Tendo em consideração todos os estudos, verificamos que se encontraram vários resultados relacionados com a redução do sofrimento emocional, para além da redução desse sofrimento propriamente dito (Andersen et al., 2007; Antoni et al., 2006; Cohen & Fried, 2007; Fischer et al., 2013). Os resultados encontrados foram os seguintes: melhoria dos estados mentais positivos e do afeto positivo (Antoni et al., 2006); melhoria do funcionamento (Andersen et al., 2007; Taylor et al., 2003); melhoria da qualidade de vida (Lee et al., 2011; Qiu et al., 2013); diminuição do *stress* (Groarke et al., 2012); melhoria na severidade e impacto dos problemas (McKiernan et al., 2010); diminuição da ansiedade (Andersen et al., 2004, Antoni et al., 2009; Chujo et al., 2005; Dolbeault et al., 2008, 2009; Groarke et al., 2012; Hassanzade et al., 2012); melhoria da depressão (Antoni et al., 2001; Cocker et al., 1994; Chujo et al., 2005; Dolbeault et al., 2008, 2009; Edelman et al., 1999a; Hassanzade et al., 2012; Qiu et al., 2013); melhoria do humor (Chujo et al., 2005; Edelman et al., 1999a; Taylor et al., 2003); melhoria dos sintomas pós-traumáticos (Beatty & Koczwara, 2010); diminuição da emoção de raiva (Cocker et al., 1994; Chujo et al., 2005; Dolbeault et al., 2008, 2009); melhoria da autoestima (Cocker et al., 1994; Edelman et al., 1999a; Qiu et al., 2013); redução da fadiga (Cohen & Fried, 2007; Dolbeault et al., 2008, 2009; Lee et al., 2011) e melhoria de problemas de sono (Cohen & Fried, 2007; Hassanzade et al., 2012). Também se verificaram melhorias das competências de *coping* (McKiernan et al., 2010; Chujo et al., 2005), nomeadamente da capacidade de relaxar (Beatty & Koczwara, 2010; Phillips et al., 2008), do estabelecimento de objetivos (McKiernan et al., 2010), da reestruturação cognitiva (Beatty & Koczwara, 2010) e do apoio social percebido (Andersen et al., 2004; Antoni et al., 2006; Beatty & Koczwara, 2010; Dolbeault et al., 2008, 2009), bem como, a diminuição do desamparo/desesperança

(Chujo et al., 2005). E o aumento da perceção de benefícios alcançados com a doença também foi verificado (Antoni et al., 2001, 2006; Cruess et al., 2000; Groarke et al., 2012; McGregor et al., 2004). A melhoria de hábitos de vida saudáveis foi verificada por Andersen e colaboradores (2004) e por Antoni e colaboradores (2006), o que pode estar relacionado com a redução do *locus* de controlo externo de saúde, encontrada por Cohen e Fried (2007). Podemos verificar que alterações a nível hormonal e de índices imunitários também foram verificados (Andersen et al., 2004; Antoni et al., 2009; Cruess et al., 2000; McGregor et al., 2004; Phillips et al., 2008; Schedlowski et al., 1994).

Antoni e colaboradores (2001) encontraram uma melhoria do otimismo, para além de terem encontrado uma mediação do nível de otimismo inicial na obtenção de resultados terapêuticos. Outros fatores mediadores foram encontrados, como os seguintes: o crescimento pós-traumático (Cruess et al., 2000); o maior nível de *stress* inicial (Groarke et al., 2012); o coping maladaptativo e o sofrimento psicológico inicial (McKiernan et al., 2010); a confiança em conseguir relaxar (Antoni et al., 2006) e a adesão à prática em casa das estratégias aprendidas (Cohen & Fried, 2007).

Foram, no entanto, encontrados alguns efeitos desfavoráveis, ainda que em estudos com limitações metodológicas relevantes, que impedem a generalização desses resultados. Foram disso exemplo, a diminuição da imagem corporal e da perspectiva de futuro, encontradas pelo estudo piloto, sem grupo de controlo e com uma amostra reduzida, de Chujo e colaboradores (2005). De forma semelhante, o estudo de caso de 5 participantes, de Beatty e Koczwara (2010), encontrou alterações desfavoráveis no evitamento cognitivo.

Em Portugal, que seja do nosso conhecimento, estudos com intervenção de grupo cognitivo-comportamental com sobreviventes de cancro da mama só foram realizados pela equipa da Universidade de Aveiro em estudos preliminares, com o programa de intervenção que utilizámos neste trabalho. Nestes estudos, constituindo um deles parte deste trabalho, retratado no estudo IV (Torres, Pereira e Monteiro, 2012), foram utilizadas amostras menores de sobreviventes de cancro da mama, num deles com uma amostra reduzida de 7 mulheres (Pinto, 2012). Apesar dos tamanhos amostrais reduzidos, verificou-se a aplicabilidade do programa, para além de benefícios ao nível da qualidade de vida, com aumentos significativos das funções física e social e a diminuição dos sintomas de náuseas e vómitos (Pinto, 2012).

Outros estudos foram realizados com intervenções de grupo que incluíam estratégias cognitivo-comportamentais, em doentes de cancro em fase de tratamento em Portugal. McIntyre, Fernandes e Pereira (2002) testaram um programa de intervenção com 4 sessões, numa amostra de 40 doentes de cancro em fase de tratamento quimioterapêutico, com um grupo de controlo sem aleatorização e não equivalente. Apesar de a amostra ser heterógena quanto ao tipo de cancro e dos grupos não serem equivalentes à partida, as autoras salientaram os efeitos não negligenciáveis ao nível do bem-estar psicológico, aceitação da doença e do *coping*. As equipas da Universidade do Minho desenvolveram ainda outros programas de intervenção de grupo para doentes oncológicos. São exemplo de programas para doentes oncológicos em geral, os da autoria de Pereira e Matos (1999) e de Pereira, Oliveira e Lobo (1998). Pereira e Lopes (2002) desenvolveram uma intervenção de grupo de apoio para familiares de doentes oncológicos, com uma equipa multidisciplinar. Pereira e Marques (2001) desenvolveram um programa de 4 sessões para mulheres mastectomizadas. Mais recentemente, Teixeira e Pereira (2011) desenvolveram um programa de intervenção de grupo com 8 sessões para doentes oncológicos assentes nos princípios das abordagens mente-corpo, que incluem estratégias cognitivo-comportamentais, não existindo ainda resultados da intervenção.

À guisa de conclusão, consideramos que existe evidência científica da eficácia terapêutica da terapia cognitivo-comportamental em doentes com cancro da mama nas diferentes fases da doença. No entanto, são necessários mais estudos para avaliação da eficácia desta intervenção na fase da sobrevivência, na qual a investigação internacional e nacional tem sido escassa, mas promissora. A avaliação da eficácia deste tipo de intervenção, a par da avaliação da intervenção de grupo psicopedagógica, em sobreviventes Portuguesas, é o principal objetivo deste trabalho.

Parte II – Contribuição pessoal

“Um saber só de experiências feito”

Luís de Camões

Capítulo 3

Metodologia Geral

Na parte II deste trabalho pretende-se apresentar e descrever o processo de investigação desenvolvido com doentes de cancro da mama. Esta investigação teve como resultado diferentes estudos, que foram publicados ou estão em processo de submissão para publicação, com vista à disseminação dos dados encontrados. Esta investigação focou-se especialmente no estudo de eficácia de dois tipos de intervenção de grupo (um programa de intervenção psicopedagógico e outro de terapia de grupo cognitivo-comportamental) no ajustamento psicossocial das sobreviventes de cancro da mama. Para esse efeito, foi necessário primeiramente proceder à validação da versão Portuguesa de dois instrumentos de avaliação (o Questionário das formas de lidar com o cancro ou CCQ e o Questionário de saúde do paciente ou PHQ-9), que correspondem aos dois primeiros estudos apresentados. Também foi necessário desenvolver os dois programas de intervenção utilizados, que são apresentados no estudo III e IV. Estes constituem, portanto, estudos preliminares do estudo principal, que se apresenta, por último, no estudo V.

Neste capítulo tentaremos fornecer uma visão global do trabalho desenvolvido, apresentando a articulação das variáveis em estudo, explicitando os objetivos e os fundamentos da metodologia adotada para a sua concretização.

3.1 Delimitação do problema, definição e articulação das variáveis

Conforme se depreende na revisão bibliográfica apresentada, existe evidência científica para se considerar que as intervenções de grupo podem ser benéficas para as sobreviventes de cancro da mama. Para além disso, este tipo de intervenção apresenta vantagens que podem tornar viável a aplicação terapêutica a um maior número de pessoas. Contudo, esta é uma área que carece de mais investigação, especialmente no que diz respeito à fase específica de sobrevivência, na comparação de diferentes abordagens de intervenção de grupo, nos efeitos a médio/longo prazo e no estudo dos efeitos positivos. Se esta necessidade se verifica a nível internacional, em Portugal verifica-se ainda com maior premência, já que se trata de uma área que, tanto quanto conseguimos averiguar, está por explorar. Existem alguns estudos que se dedicaram ao estudo da intervenção de grupo,

contudo, só estudos com pequenas amostras foram realizados na fase de sobrevivência com as intervenções que continuamos a estudar. Consideramos, assim, necessário avaliar se a intervenção de grupo é aplicável e benéfica às sobreviventes de cancro da mama, que durabilidade têm estes efeitos e qual o tipo de intervenção mais indicado (a psicopedagógica ou a terapia de grupo cognitivo-comportamental).

De forma a avaliar os efeitos mencionados, comparámos a aplicação de dois programas de intervenção de grupo, um psicopedagógico e outro de terapia cognitivo-comportamental, para além de se controlar os resultados de um terceiro grupo, sem qualquer tipo de intervenção (grupo de controlo). A nossa Variável Independente (VI) consiste, então, na intervenção utilizada (tipo de intervenção), que apresenta 3 níveis (intervenção psicopedagógica, terapia de grupo cognitivo-comportamental e sem intervenção). Este procedimento teve como objetivo avaliar a diferença que cada intervenção gera ao nível de diferentes indicadores de ajustamento psicológico. Mais especificamente, o objetivo consistiu em avaliar se a aplicação de uma intervenção de grupo breve pode melhorar indicadores de ajustamento psicológico das sobreviventes de cancro da mama (variáveis dependentes). Foram avaliados, como variáveis dependentes, os seguintes indicadores psicológicos: sofrimento psicológico (níveis de sintomatologia de ansiedade e depressão); estados de humor; *coping* e adaptação ao cancro; espiritualidade; controlo emocional; otimismo; autoconceito; crescimento pessoal e qualidade de vida. A comparação dos dois tipos de intervenção em relação aos efeitos nestes indicadores teve como objetivo perceber qual é a mais indicada para esta população. As duas avaliações de seguimento, após 3 e 6 meses do final da intervenção, tiveram como objetivo a avaliação da evolução destes efeitos.

Entenda-se que, os grupos com intervenção só diferiram em relação ao protocolo de intervenção utilizado, pelo que a forma de seleção das participantes, o formato de grupos fechados, e também o número, periodicidade e duração das sessões permaneceram fixos. Os protocolos de intervenção estão detalhadamente descritos nos estudos que lhes correspondem, III e IV, e as sessões descritas nos anexos G e H. Apesar de ambos terem em comum serem de duração breve e de familiarizarem as participantes com estratégias cognitivo-comportamentais, diferem na sistematização dessa aprendizagem, o psicopedagógico é mais informativo, enquanto o de terapia cognitivo-comportamental consiste no treino de aplicação e na generalização dessas competências (envolve a

aplicação das mesmas técnicas em várias sessões, como o método de resolução de problemas, o *role play* e a prescrição de trabalhos de casa).

As sobreviventes que englobamos no nosso estudo são mulheres com cancro da mama livres de sinais de doença. Assim, temos 2 tipos de sobreviventes, as que ainda se encontram em fase de tratamentos (mas sem sinal de doença) e as que já terminaram os tratamentos (com 5 ou mais anos de diagnóstico). A maior parte da amostra é constituída pelo segundo tipo, as sobreviventes de longa duração, pois este é o objetivo principal do estudo. No entanto, incluímos também o grupo de doentes ainda em tratamento, com o objetivo de avaliar se os protocolos de intervenção são aplicáveis e eficazes nestas sobreviventes de curta duração.

Acreditamos que os dados deste estudo possam ir de encontro aos encontrados por outros estudos na área, ou seja, que se verifique que a intervenção de grupo apresente efeitos no ajustamento psicossocial das sobreviventes, contribuindo para a diminuição de sofrimento psicológico, para o aumento das estratégias de *coping* e para a melhoria da qualidade de vida das sobreviventes. Esperamos encontrar efeitos diferentes dos dois tipos de intervenção ao nível das variáveis dependentes. E esperamos que, embora não seja consensual na literatura, esses efeitos se prolonguem no tempo até aos 6 meses.

A figura 5 tenta reproduzir a interação principal entre as variáveis que nos propomos estudar nesta investigação.

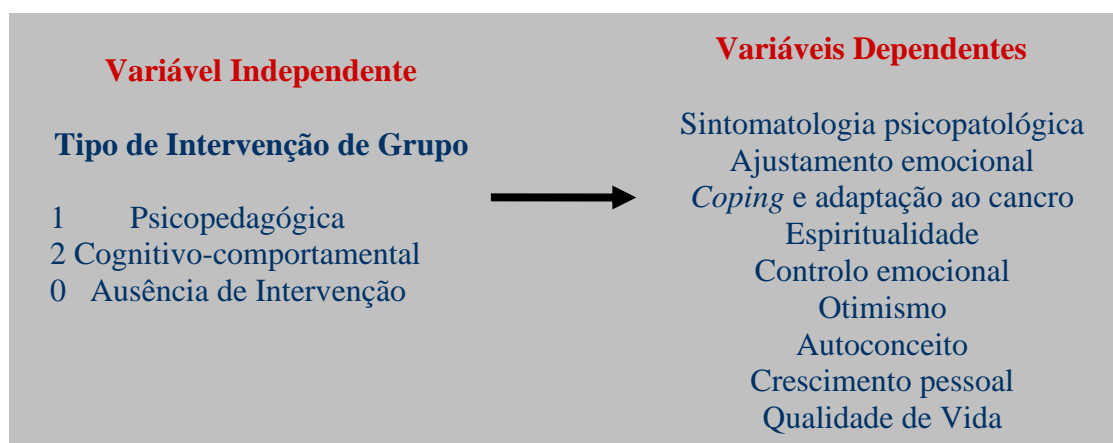


Figura 5. Interação entre as variáveis principais

Foi tida em consideração a interação das seguintes variáveis com os resultados: sintomas iniciais; traço de personalidade de ansiedade; autoconceito, otimismo, controlo emocional e crescimento pessoal, para além de variáveis demográficas e clínicas das

sobreviventes. Alguns dos efeitos mediadores destas variáveis são suportados pela literatura, outros fazem sentido do ponto de vista teórico. Relembramos que Antoni et al. (2001) encontraram que as mulheres com pior otimismo inicial apresentavam maior impacto na obtenção de resultados terapêuticos. A associação a outros fatores foram encontrados, como os seguintes: o crescimento pós-traumático (Cruess et al., 2000); o maior nível de *stress* inicial (Groarke et al., 2012); o *coping* maladaptativo (McKiernan et al., 2010; Silva et al., 2012); o sofrimento psicológico inicial (McKiernan et al., 2010); a confiança em conseguir relaxar (Antoni et al., 2006) e a adesão à prática em casa das estratégias aprendidas (Cohen & Fried, 2007). Colocamos, então, a hipótese de influência das seguintes variáveis psicossociais nos resultados: nível de sintomas inicial; traço de personalidade de ansiedade; autoconceito, otimismo, controlo emocional, espiritualidade e crescimento pessoal (conforme se ilustra na Fig. 6).

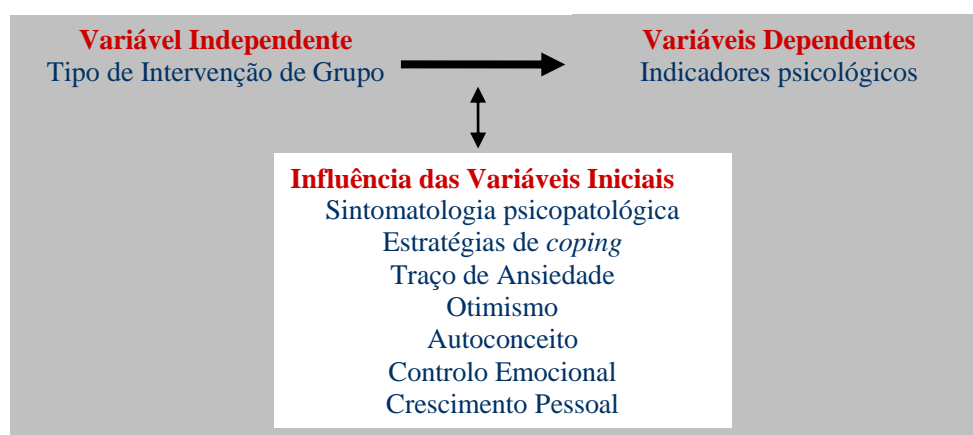


Figura 6. Interação das variáveis em estudo

Todas as variáveis em estudo serão avaliadas com instrumentos validados. Dois dos instrumentos utilizados, não se encontravam inicialmente validados para a População Portuguesa, pelo que foi necessário proceder à validação do Questionário das formas de lidar com o cancro (ou CCQ) e do Questionário de saúde do paciente, para avaliação da depressão (ou PHQ-9). Os estudos de avaliação da validade destes instrumentos estão descritos nos estudos I e II, respetivamente. Para além dos estudos de avaliação da validade destes instrumentos de avaliação, incluem-se nos estudos empíricos dois acerca do desenvolvimento dos programas de intervenção, o estudo III e o estudo IV, em que também são apresentados alguns resultados preliminares.

3.2 Metodologia geral

Nesta parte do trabalho dirigimo-nos principalmente à metodologia do estudo principal, de comparação da eficácia das intervenções de grupo breves, contudo, referências aos estudos preliminares são também incluídas oportunamente.

3.2.1 Desenho do estudo

Na presente investigação foram tomadas medidas para aumentar a probabilidade dos efeitos obtidos ao nível das variáveis dependentes (i.e., da psicopatologia e ajustamento emocional, do *coping* e adaptação ao cancro, da espiritualidade, do controlo emocional, do otimismo, do autoconceito, do crescimento pessoal e da qualidade de vida) serem atribuíveis à manipulação da VI (i.e., o tipo de intervenção utilizada). As medidas tomadas prenderam-se com a distribuição aleatória dos grupos pré-existentes de participantes, pelos dois tipos de intervenção de grupo (2 níveis da VI). Visou-se, desta forma, proceder à manipulação da VI e ao controlo dos fatores classificatórios. Não foi possível, contudo, fazer a distribuição aleatória individual dos sujeitos, pois cada grupo pré-existente utilizado não possuía um número suficiente de participantes para se fazer a distribuição por 2 níveis da VI e constituir-se um grupo terapêutico. Para além deste facto, estes grupos distam geograficamente, o que dificultava a alternativa de distribuição completamente aleatória. Incluiu-se igualmente um grupo de controlo, sem nenhum tipo de intervenção, constituído por conveniência, que foi informado da possibilidade de receber intervenção no final do estudo. Em suma, podemos considerar que estamos perante um estudo *quasi*-experimental.

Sabemos que as intervenções clínicas devem ser baseadas em evidências concretas e empiricamente validadas, sendo a melhor evidência adquirida através de ensaios clínicos randomizados, seguindo-se os estudos *quasi*-experimentais (Ollendick & King, 2004 cit. por Pheula & Isolan, 2007). Neste estudo foi possível adotar uma metodologia *quasi*-experimental. Este tipo de metodologia é essencial para aperfeiçoar o sistema de prestação de serviços e a saúde mental em geral e a Psicologia da Saúde em particular, pelo que é efetivamente importante que a psico-oncologia adote esta prática (Miranda, Azocar & Burnam, 2010).

Todos os grupos foram avaliados antes e depois de serem sujeitos aos tratamentos experimentais, bem como 3 e 6 meses depois, pelo que se pode afirmar que se trata de um plano *quasi*-experimental com pré, pós teste e 2 *follow-ups*, com grupo de controlo, conforme tentamos esquematizar no quadro seguinte.

Quadro 5

Desenho *quasi*-experimental do estudo principal

Grupos	Randomização	Pré- teste	Intervenção	Pós- teste	<i>Follow- up</i> 3M	<i>Follow- up</i> 6M
Grupo Experimental 1	R	O1	X	O2	O3	O4
Grupo Experimental 2	R	O1	Y	O2	O3	O4
Grupo de Controlo		O1		O2	O3	

r:Random; O: Observação; 1:pré-teste; 2: Pós-teste; 3:Follow-up 3 meses; 4:Follow-up 6 meses;

X: Intervenção de grupo psicopedagógica ;Y: Intervenção de grupo cognitivo-comportamental

Já no que diz respeito à diminuição da interferência dos pseudofactores, que dizem respeito aos aspetos físicos, psicossociais e temporais da situação experimental (Alferes, 1997), procurámos mantê-los constantes ao longo da investigação. E, com o mesmo objetivo, no final do estudo, todos os participantes foram questionados acerca da ocorrência de algum acontecimento significativo durante o período experimental.

Estudos preliminares ou de preparação da investigação principal foram necessários. No seguinte quadro esquematizamos os objetivos dos estudos realizados.

Quadro 6

Sequência de estudos realizados e objetivos correspondentes

Estudos Empíricos	Objetivos
Estudo I	Validar o instrumento de avaliação de <i>coping</i> , Questionário de formas de lidar com o cancro ou CCQ, com vista à avaliação posterior da evolução conseguida com as intervenções de grupo ao nível das estratégias de <i>coping</i> .
Estudo II	Validar o instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva, o Questionário de saúde do paciente ou PHQ-9, com vista à avaliação posterior das diferenças alcançadas com as intervenções de grupo ao nível da sintomatologia depressiva.
Estudo III	Descrever o processo de desenvolvimento, os objetivos, a estrutura e os detalhes de aplicação do programa de intervenção de grupo psicopedagógica. São também apresentados os resultados preliminares obtidos. Este é um dos programas de intervenção utilizados no estudo principal, para avaliação da eficácia em sobreviventes de cancro da mama.
Estudo IV	Descrever o processo de desenvolvimento, os objetivos, a estrutura e os detalhes de aplicação do programa de terapia de grupo cognitivo-comportamental. São também apresentados os resultados preliminares obtidos. Este é um dos programas de intervenção utilizados no estudo principal, para avaliação da eficácia em sobreviventes de cancro da mama.
Estudo V	Estudar a eficácia de dois tipos de intervenção de grupo em relação a um grupo de controlo de sobreviventes de cancro da mama, bem como, a durabilidade desses efeitos. É ainda controlada a influência de algumas variáveis nesses efeitos.

3.2.2 Amostra

As amostras utilizadas nos estudos realizados no âmbito deste trabalho foram distintas, sendo descritas detalhadamente nos estudos correspondentes. No global, foram englobadas mulheres diagnosticadas com cancro da mama das seguintes entidades: as extensões do Movimento Vencer e Viver da Delegação Centro da Liga Portuguesa contra o Cancro (MVV da LPCC Centro); uma extensão do Movimento Vencer e Viver da

Delegação Norte da Liga Portuguesa contra o Cancro (MVV da LPCC Norte) e a Unidade de Senologia do Hospital de Braga (USHB).

No estudo I, de avaliação da validade do CCQ, foi utilizada uma amostra de 189 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, com idade média de 56.1 (DP=12.3), utentes do MVV da LPCC Centro, em que a maioria (68.8%) se encontrava em fase de sobrevivência.

No estudo II, de avaliação da validade do PHQ-9, foi utilizada uma amostra de 63 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, com idade média de 60.46 (DP=10.88), utentes do MVV da LPCC, em que a maioria era sobreviventes de longa duração (88.9%).

No estudo III, em que foi descrito e foram apresentados os resultados preliminares do programa de intervenção de grupo psicopedagógico, foi utilizada uma amostra de 30 sobreviventes de cancro da mama, utentes do MVV da LPCC Centro e da Unidade de Senologia do Hospital de Braga (USHB). Dezas seis participantes, com idade média de 63.31 (DP=7.53), participaram no grupo de intervenção psico-educativa e as restantes catorze participantes, com idade média de 63.92 (DP=9.11), no grupo de controlo.

No estudo IV, de descrição e apresentação de resultados preliminares do programa de terapia de grupo cognitivo-comportamental, foi utilizada uma amostra de 20 sobreviventes de cancro da mama do MVV da LPCC Centro. Dezas seis participantes, com idade média de 61.25 (DP=9.37), participaram no grupo de intervenção cognitivo-comportamental e as restantes quatro participantes, com idade média de 63.33 (DP=4.93), no grupo de controlo.

E, por fim, no estudo V, o estudo principal, de avaliação dos efeitos das intervenções de grupo breves no ajustamento psicossocial das sobreviventes de cancro da mama, foi utilizada uma amostra de 62 sobreviventes de cancro da mama pertencentes à USHB e ao MVV da LPCC Centro e Norte. Vinte e seis participantes, com idade média de 63.04 (DP=8.23), participaram no grupo de intervenção psico-educativa, vinte e duas, com idade média de 55.27 (DP=13.30), participaram no grupo com terapia cognitivo-comportamental e as restantes catorze participantes, com idade média de 63.92 (DP=9.11), no grupo de controlo.

3.2.3 Instrumentos de avaliação

Na presente investigação foram usados distintos instrumentos de avaliação para a recolha dos dados, com vista à concretização dos objectivos inicialmente traçados e para responder às questões colocadas. A seleção dos instrumentos teve em consideração a facilidade e brevidade de aplicação, adequação para a avaliação das variáveis em causa e robustez psicométrica comprovada por estudos internacionais e nacionais. Com efeito, foi efetuada uma revisão bibliográfica exaustiva no sentido de conhecermos os instrumentos mais usados na área para avaliar as variáveis em estudo, para averiguarmos a sua adequação atendendo às características pretendidas e para examinarmos os estudos que atestassem as suas qualidades psicométricas positivas, incluindo os realizados em Portugal. Esta revisão bibliográfica resultou na selecção de onze instrumentos de avaliação, dispondo de vários estudos que evidenciam qualidades psicométricas de validade e fiabilidade. Dos instrumentos selecionados, foi necessário estudar a validade com doentes de cancro da mama Portuguesas de dois instrumentos: o *Cancer Coping Questionnaire*, denominado Questionário de Formas de Lidar com o Cancro (CCQ; Moorey, Frampton & Greer, 2003; versão Portuguesa: Torres, Pereira & Monteiro, No prelo) e o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9; Spitzer, Kroenke & Williams, 1999; versão Portuguesa: Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2013). O CCQ foi selecionado por se tratar de uma medida de evolução das estratégias de *coping*, depois de intervenção, pelo que nos pareceu fundamental incluí-lo no nosso estudo principal. O PHQ-9 foi selecionado por se tratar de um instrumento breve de avaliação da depressão, baseado diretamente nos critérios de depressão da DSM-IV (American Psychological Association [APA], 2002) e que tem sido muito utilizado internacionalmente, apresentando boa validade diagnóstica em estudos com uma larga amostra de doentes com cancro (Spitzer, Kroenke & Williams, 1999; Spitzer, Williams, Kroenke, Hornyak & McMurray, 2000).

Foi desenvolvida ainda uma ficha sociodemográfica e clínica (Anexo C).

Os instrumentos de avaliação não foram utilizados em todos os estudos deste trabalho. No quadro seguinte indicamos os estudos empíricos em que cada instrumento foi utilizado, para apresentá-los de seguida.

Quadro 7

Instrumentos de avaliação e estudos empíricos em que foram utilizados

Instrumentos	Estudos				
	I	II	III	IV	V
CCQ	+		+		+
CEC	+			+	+
EADH	+	+	+	+	+
EORTC QLQ C-30 + BR-23	+	+	+	+	+
ICAC				+	+
TOV-R				+	+
PHQ-9		+			+
POMS					+
EBEP					+
Espiritualidade					+
STAI-Y					+

Os instrumentos de avaliação utilizados neste trabalho foram os seguintes:

- a) o Questionário de Formas de Lidar com o Cancro (CCQ; Moorey et al., 2003; versão Portuguesa: Torres et al., No prelo);
- b) a Escala de Controlo Emocional (CEC; Watson & Greer, 1983; versão Portuguesa: Patrão, 2007);
- c) a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão Portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2007);
- d) o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia de Investigação e Tratamento de Cancro com o módulo suplementar de cancro da mama (EORTC QLQ-C30 e BR-23; Aaronson et al., 1993, Versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008);
- e) o Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) de Vaz Serra (1986);
- f) o Teste de Orientação de Vida - Revisto (TOV-R; Scheier, Carver & Bridges, 1994; versão Portuguesa de Monteiro, Tavares & Pereira, 2006);
- g) o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9; Spitzer et al., 1999; versão Portuguesa: Torres et al., 2013);

h) o Perfil dos Estados de Humor (POMS; McNair, Lorr & Droppleman, 1992; versão Portuguesa: Viana, Almeida & Santos, 2001);

i) a Subescala de Crescimento Pessoal da Escala de Bem-Estar Psicológico (Ryff & Essex, 1992; versão Portuguesa; Novo, Silva & Peralta, 1997);

j) a Sub-escala de Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007b);

k) o Inventário de Estado-traço de Ansiedade (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; versão Portuguesa: Silva & Campos, 1998).

O Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Clínica (Anexo C) permitiu recolher dados sobre a idade, a escolaridade, o estado civil, a situação profissional, a data de diagnóstico do cancro, a forma de deteção do cancro e o tipo de tratamentos realizados e a realizar.

O CCQ é uma escala de autoresposta concebida para medir estratégias ensinadas na terapia psicológica adjuvante e noutras intervenções de inspiração cognitivo-comportamental para doentes oncológicos. Os autores colocam a hipótese da escala avaliar as estratégias de *coping* para lidar com o cancro, que consiste num dos mecanismos de mudança a partir dos quais a terapia cognitivo-comportamental atua. O questionário original era inicialmente constituído por 41 itens, tendo ficado a versão final com 21 itens. É constituído por duas sub-escalas, a escala individual (itens 1 a 14) e a interpessoal (itens 15 a 21), em que cada item é avaliado por uma escala de resposta de 4 níveis (1-4), de “nunca” a “muito frequentemente”, respetivamente. Quanto maiores as pontuações obtidas nas sub-escalas, mais estratégias de *coping* os respondentes revelam. No estudo de validação original do CCQ a escala apresentou uma boa consistência interna de 0.87 (nos itens da escala individual) e 0.82 (nos itens da escala interpessoal) para doentes com cancro da mama (Moorey et al., 2003). A validade teste-reteste da subescala individual obtida foi de 0.90 ($n=25$, $p<0.001$) e de 0.84 ($n=19$, $p<0.001$) para a subescala interpessoal. A versão Portuguesa validada por nós (Torres et al., No prelo) encontrou um alfa de Chronbach de .80 e uma estabilidade temporal razoável para a sub-escala individual ($rS=.59$) e interpessoal ($rS=.65$). A validação desta escala está descrita no Estudo I do Capítulo 4.

A HADS é uma escala composta por uma subescala de ansiedade e uma subescala de depressão, ambas constituídas por 7 itens (respetivamente 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13 e 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14), permitindo avaliar a sintomatologia na semana precedente. As respostas a

cada item podem ser quantificadas numa escala tipo Likert, variando de 0 a 3, com os valores mais elevados a revelarem maior sofrimento psicológico. Assim, cada item permite a escolha entre quatro opções de resposta, em que o paciente deve escolher aquela que corresponde à forma como se tem sentido durante a última semana. Cada subescala pode ter uma pontuação que varia entre 0 e 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e de depressão. Quanto ao grau de severidade, os autores apontam a seguinte classificação, quer para ansiedade quer para a depressão: valores entre 0-7 “normal”, 8-10 “leve”, 11-15 “moderada” e, 16-21 “grave” (Zigmond & Snaith, 1983). Relativamente às qualidades psicométricas, apresenta no estudo original correlações entre .41 e .76 na sub-escala de ansiedade e entre .30 e .60 na de depressão, e na validação Portuguesa um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0.76 para a subescala de ansiedade e de 0.81 para a subescala de depressão (Pais- Ribeiro et al., 2007). No que se refere à validade teste-reteste, apesar da validação Portuguesa não a ter avaliado com doentes oncológicos, as correlações que variaram entre .43 e .75 permitiram concluir que este instrumento avalia os estados e não os traços dos doentes. É, portanto, um instrumento que parece conseguir ser sensível às alterações de estado ao nível de depressão e ansiedade.

A CEC é constituída por 17 itens (o item 11 é de cotação invertida) agrupados em três subescalas que avaliam o grau de controlo emocional da raiva, tristeza e ansiedade, isto é, o controlo de respostas afetivo-negativas. Trata-se de escala de resposta tipo Likert de 4 pontos variando de “quase nunca” a “quase sempre”, sendo o resultado total dado pela soma de todos os itens, e o resultado para cada subescala, obtido pela soma dos itens correspondentes. A sub-escala de Raiva é constituída pelos itens A, B, C, D, E, e F, a de Ansiedade pelos itens G, H, I, J e K e a de Tristeza pelos itens L, M, N, O, P e Q. Assim, as pontuações mais elevadas correspondem a um nível de maior controlo emocional. Esta escala evidencia boas qualidades psicométricas apresentando um coeficiente alfa de Cronbach no estudo original de 0.86 (Watson & Greer, 1983) e de .91 na versão Portuguesa (Patrão, 2007). Também apresentou uma boa validade teste-reteste no estudo original, de $r=.95$ ($p<.001$) para a escala total, de $r=.86$ ($p<.001$) para a sub-escala de raiva, de $r=.84$ ($p<.001$) para a sub-escala de ansiedade e de $r=.89$ ($p<.001$) para a sub-escala de tristeza.

O EORTC QLQ-C30 é um questionário de autorelato desenvolvido para avaliar a qualidade de vida (QdV) relacionada com a saúde de pacientes com doença oncológica. É

apropriado para ser usado desde o momento do diagnóstico até à sobrevivência de longo prazo. O preenchimento demora cerca de 12 minutos (Fossa, Aass & Opjordsmoen, 1994). É constituído por 30 questões, distribuídas por quatro formulários, que contribuem para o resultado de 5 escalas funcionais (de funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e de papel), 3 escalas de sintomas (de fadiga, dor, náusea e vómitos) e para uma escala de avaliação da condição global (saúde e QdV). Estas questões contribuem também para o resultado das restantes 6 escalas, de um único item, que descrevem sintomas apresentados frequentemente por pessoas com cancro (de dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras). Os valores mais elevados nas escalas funcionais e na escala de estado de saúde ou QdV global indicam um melhor nível de funcionamento ou QdV, enquanto os valores mais elevados nas escalas de sintomas ou de um único item indicam um maior nível de sintomatologia ou problemas. A maioria dos itens é avaliada por uma escala tipo Likert de 4 pontos (“não”, “um pouco”, “bastante” e “muito”), com a exceção dos dois itens da sub-escala de Saúde global e QdV, que usam uma escala modificada analógica linear de 7 pontos (em que “1” é péssima e “7” ótima). A pontuação é padronizada e varia de 0-100, com uma pontuação mais elevada, indicando uma maior QdV. A escala de QdV global é uma medida breve e geral de QdV, com alta confiabilidade interna e validade preditiva. A versão Portuguesa apresentou um alfa de Cronbach para a escala de Saúde e QdV Global de .88 e valores a variar de .57 e .87 para as restantes sub-escalas, sendo a de funcionamento cognitivo e a de funcionamento emocional as que apresentaram os valores extremos (Pais-Ribeiro et al., 2008). Os valores obtidos de correlação entre as duas aplicações do instrumento foram moderados, entre .16 e .31 para as sub-escalas funcionais e entre .21 e .39 para as escalas de sintomas, indicando que consiste numa medida de estado, ou seja, sensível às variações da qualidade de vida (Pais-Ribeiro et al., 2008). Segundo a organização que a desenvolveu, esta escala é o questionário central para avaliar a QdV de doentes com cancro (Fayers, Aaronson, Bjordal & Sullivan, 1997).

O ICAC é constituído por 20 itens que são avaliados segundo a cotação de 1 a 5 (exceto os itens 3, 12, 18 que se cotam inversamente), assim, a pontuação varia de 20 a 100 pontos totais, sendo que quanto maior for a pontuação obtida melhor é o autoconceito. Avalia 4 fatores: Aceitação/Rejeição Social, Autoeficácia, Maturidade Psicológica e Impulsividade-atividade. Este inventário revela boa consistência interna apresentando um

coeficiente de Spearman-Brown de 0.79. Também apresenta uma boa estabilidade temporal (.84). A validade de constructo foi medida através da correlação entre uma classificação pessoal de autoconceito e a nota global da escala, apresentando uma correlação de .47. Também foi determinada a correlação com cada um dos fatores da escala, obtendo-se uma correlação estatisticamente significativa para os quatro fatores utilizados, ainda que o de Maturidade Psicológica apresente a correlação mais baixa, de .20.

O TOV-R é um instrumento de autorresposta que procura avaliar o otimismo. É constituído por 8 itens numa escala de resposta tipo Likert de cinco pontos que varia de 0 (*“discordo totalmente”*) a 4 (*“concordo totalmente”*). Dos 8 itens, dois são formulados de modo positivo (itens 2 e 8), dois itens são formulados de modo negativo (itens 5 e 7) e quatro itens são neutros (itens 1, 3, 4 e 6). Os itens neutros não têm como objetivo avaliar o otimismo disposicional, pelo que não são incluídos na análise de dados. Nesta análise, os valores dos itens formulados de modo negativo devem ser invertidos, para que quanto maior for a nota global do teste maior seja o índice de otimismo disposicional (Monteiro, 2008). Os estudos psicométricos efetuados na versão Portuguesa revelaram um coeficiente alpha de Cronbach de 0.66. No estudo principal, o coeficiente alpha de Cronbach encontrado foi de 0.74.

O PHQ-9 é uma escala tipo Likert, breve, constituída por 9 itens da versão completa do PHQ. O PHQ-9 é baseado diretamente nos critérios de diagnóstico da perturbação depressiva *major* do DSM-IV que permite avaliar os sintomas desta perturbação e a gravidade dos mesmos. Assim, cotando de 0 (*“nada”*) a 3 (*“quase todos os dias”*) cada item, a pontuação pode variar de 0 a 27, sendo maior a severidade de sintomas quanto maior for a pontuação total obtida na escala. Os resultados para a gravidade são classificados de forma que: de 0 a 5 se considera ausência de sintomas; de 6 a 9, sintomatologia leve; de 10 a 14, sintomatologia moderada; de 15 a 19, sintomatologia moderada a severa e maiores que 20, sintomatologia severa (Kroenke & Spitzer, 2002; Kroenke et al., 2001). A validação Portuguesa deste instrumento encontra-se descrita no Estudo II do Capítulo 4 e revelou boas características psicométricas, nomeadamente um alfa de Cronbach de .86 e uma estabilidade temporal de ICC= .87.

O Perfil de Estados de Humor é um instrumento de autoresposta que pretende avaliar os estados de humor, constituído por 30 itens dos 65 da versão original. A pontuação das questões é cotada segundo uma escala de tipo Likert, de 5 níveis que varia

de 0 (“nada”) a 4 (“muitíssimo”). Composta por seis sub-escalas, apresenta valores de alpha de Cronbach que revelam boa consistência interna: depressão (0.88), tensão (0.75), hostilidade (0.85), confusão (0.72), fadiga (0.91) e vigor (0.88). Para além destas sub-escalas, é ainda possível obter uma pontuação total de Perturbação Total do Humor, que consiste numa estimativa do estado afetivo do humor, calculada com a soma das sub-escalas negativas (tensão, depressão, ira, confusão e fadiga) e subtraindo o resultado da escala positiva (vigor), adicionando-se uma constante de 100. Uma primeira adaptação para Portugal foi a de Viana e Cruz (1993), no entanto, a publicação dos primeiros resultados da adaptação para Portugal foi realizada por Viana e colaboradores (2001), que apresentaram resultados equivalentes num estudo posterior de Cruz et al. (2008).

A subescala de espiritualidade é constituída por 5 questões e as respostas são dadas numa escala de respostas tipo *Likert* com quatro alternativas (de “1- não concordo” a “4- plenamente de acordo”). Esta escala é composta por duas dimensões: as crenças (itens 1 e 2), que se centra na dimensão espiritual focalizada na atribuição de sentido/significado da vida e a esperança/otimismo (itens 3, 4 e 5), que tem por base a construção da esperança e de uma perspetiva de vida positiva. As propriedades psicométricas desta escala evidenciam valores de validade e fidelidade adequados. O alfa de Cronbach para a dimensão das crenças é de 0.92, enquanto na dimensão esperança/otimismo é de 0.69, sendo a consistência interna global da escala de 0.74 (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007b).

A versão original da Subescala de Crescimento Pessoal da Escala de Bem-Estar Psicológico apresenta boas características psicométricas, com valores de alfa de Chronbach para a consistência interna entre .86 e .93 para as seis sub-escalas (Ryff & Essex, 1992). A versão Portuguesa encontrou resultados de coeficientes de alfa de Cronbach a variar entre .74 e .86 para as seis escalas e .93 para o conjunto das escalas (Novo et al., 1997). Nesta investigação vamos apenas usar a subescala de crescimento pessoal que pretende identificar a perceção pessoal de um contínuo desenvolvimento, a abertura a novas experiências e o interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal. Esta subescala afigura-se como uma das mais importantes na determinação do bem-estar psicológico, apresentando um valor de alfa de Cronbach de .74. Os 14 itens desta subescala são constituídos por afirmações de carácter descritivo e a modalidade de resposta é do tipo Likert com 6 categorias de resposta, de 1-“discordo completamente” a 6-“concordo completamente”. Os itens construídos de forma positiva identificam características

convergentes para a dimensão avaliada (com uma pontuação ordenada de 1 a 6), enquanto os negativos afirmam a ausência ou menor intensidade das características (com uma pontuação em escala inversa). Um resultado final elevado corresponderá a um elevado nível de bem-estar (Novo, 2000).

O Inventário de estado-traço de Ansiedade (STAI) é constituído por duas escalas de 20 itens de autoresposta que avaliam a ansiedade estado (Y1) e a ansiedade traço (Y2). Ao responder à escala de ansiedade-estado, o indivíduo é instruído para escolher a opção que melhor descreve a intensidade da ansiedade nesse momento, enquanto ao responder à de ansiedade-traço, é-lhe pedido para indicar como se sente geralmente. Cada item é avaliado mediante uma *rating scale* de tipo *Lickert* de 4 pontos, de “1-Quase nunca” a “4-Quase sempre”. É a soma dos itens que leva aos resultados nas escalas, sendo que existem itens invertidos (itens invertidos do Y1: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20; itens invertidos do Y2: 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16 e 19), podendo os totais variar de 20 a 80 pontos. Quanto mais alta é a pontuação maior é o nível de ansiedade, considerando-se que a partir dos 40 pontos a ansiedade pode ser disfuncional. A versão portuguesa das escalas revelam qualidades que asseguram a adequação do instrumento, nomeadamente níveis de consistência elevados em mulheres adultas, .91 e .93 para o Y1 e entre .89 e .90 para o Y2 (Silva & Campos, 1998).

3.2.4 Programas de Intervenção

Os instrumentos ou programas de intervenção em estudo neste trabalho foram objeto dos estudos III e IV (Ver Capítulo 4) e também foram submetidos para publicação completa a uma editora Portuguesa de manuais de avaliação e intervenção psicológica (Torres, Araújo, Pereira & Monteiro, 2013), pelo que não serão descritos de forma integral neste trabalho. Consideramos, contudo, que a descrição que apresentamos é suficiente para se fazer a sua caracterização.

3.2.4.1 Objetivos das intervenções

Os programas de intervenção testados têm como objetivos gerais: a) permitir uma adaptação saudável da mulher à vivência da sobrevivência ao cancro da mama; b) diminuir o sofrimento psicológico; c) melhorar as estratégias de *coping*, os estados de humor e o

autoconceito, contribuindo para o otimismo e o crescimento pessoal e, por consequência, d) promover a qualidade de vida da mulher. Estes programas são dirigidos especialmente a mulheres que tiveram cancro da mama, e que tendo concluído ou não os tratamentos, estão em fase de remissão da doença, pelo que as designamos por sobreviventes. São portanto mulheres a lidar com a fase crónica da doença.

Em relação aos objetivos específicos de cada um dos programas de intervenção, o programa de terapia cognitivo-comportamental tem como objetivos ensinar, treinar e generalizar o uso de estratégias cognitivo-comportamentais, como as seguintes: identificar os seus padrões de pensamento disfuncionais; desafiar e modificar os seus pensamentos disfuncionais; treinar várias estratégias de *coping* comportamentais, como a comunicação assertiva, o estabelecimento de objetivos, o método de resolução de problemas, a respiração abdominal e o relaxamento muscular progressivo; melhorar a expressão das preocupações relacionadas com o cancro e as emoções associadas, bem como, melhorar a comunicação com os outros em geral, especialmente com as pessoas mais significativas e com os técnicos de saúde. Enquanto o programa de intervenção psicoeducativo tem antes como objetivo familiarizar as participantes com informação sobre a sobrevivência, sobre técnicas e estratégias para lidar com os efeitos físicos e psicológicos da doença e dos tratamentos. Com esta familiarização tem-se em vista o aumento do sentimento de controlo através do conhecimento dos hábitos de vida sugeridos para sobreviventes, e das estratégias que podem utilizar como a resolução de problemas, o estabelecimento de objetivos de vida, a utilização de estratégias de *coping* adequadas, o uso de estratégias de comunicação eficazes e a realização de atividades de prazer. Estas estratégias cognitivo-comportamentais, apesar de serem objeto didático deste programa psicopedagógico, numa dada sessão, não são treinadas sistematicamente ao longo das sessões, ao contrário do que se verifica no programa de terapia cognitivo-comportamental. A estratégia de *role-play* é também exclusivamente utilizada no programa de terapia cognitivo-comportamental.

Em suma, ambas são intervenções breves e estruturadas, assentes na abordagem cognitivo-comportamental, no entanto, enquanto na intervenção psicopedagógica se familiariza as participantes com diversas estratégias, sendo cada uma abordada numa só sessão, na terapia de grupo cognitivo-comportamental, as estratégias de reestruturação cognitiva são o foco central de todas as sessões, para além de se praticarem outras estratégias ao longo das sessões, como o relaxamento (no final de todas as sessões), o *role-*

play, o método de resolução de problemas, entre outras. Para além disso, na terapia de grupo cognitivo-comportamental a promoção da generalização das estratégias é assegurada pela prescrição de trabalhos de casa, o que não se verifica na intervenção psicopedagógica.

3.2.4.2 Caraterísticas estruturais básicas das intervenções

Estes programas, pelas caraterísticas que possuem, podem ser considerados programas de intervenção de grupo manualizados, para grupos homogéneos (quanto ao género sexual, tipo e fase do cancro) e fechados.

Em relação aos terapeutas, há a referir que os programas foram desenvolvidos, aplicados, testados e avaliados por psicólogos com formação básica teórica e prática cognitivo-comportamental, com formação específica em terapia de grupo, para além de experiência clínica em psico-oncologia e detentores de cédula profissional atribuída pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). A terapeuta principal, comum a todos os grupos de intervenção, recebeu ainda formação prática no programa de intervenção de grupo com a autora principal de um programa em que nos baseamos especialmente, a Sylvie Dolbeault (em Dezembro de 2009).

3.2.4.3 Descrição sumária das intervenções

O programa de intervenção psicoeducativo é constituído por 8 sessões semanais consecutivas, com a duração de aproximadamente uma hora e meia, e deve ser conduzido por dois terapeutas. A informação apresentada ao longo das sessões é facultada no final do programa a todas as participantes, bem como o material auxiliar com informação sintética das sessões, incluindo instruções de exercícios específicos para mulheres que foram sujeitas a cirurgia. É dada ênfase ao aumento do sentimento de controlo através da resolução de problemas e do estabelecimento de objetivos de vida. Para problemas específicos, são indicadas soluções ou estratégias de *coping* adequadas. As participantes também são instruídas nas estratégias de comunicação eficazes e é encorajada a comunicação assertiva com amigos, familiares, profissionais de saúde e outros. As participantes deverão ser ainda motivadas para utilizar recursos de *coping* de que dispõem, incluindo interesses com amigos e familiares, bem como, atividades de prazer. Este programa inclui ainda a familiarização com algumas estratégias cognitivo-

comportamentais, como o relaxamento, a reestruturação cognitiva, a análise de custo-benefício, a meditação, a comunicação assertiva e o método de resolução de problemas.

O programa de terapia cognitivo-comportamental compreende também oito sessões de grupo semanais, cada uma com 1h30 a 2h de duração e deve ser dirigido por dois terapeutas. Em cada uma das sessões semanais é pedido às participantes a realização de trabalhos de casa, que consistem no preenchimento de registos de auto monitorização (com descrição da situação, emoções, pensamentos, comportamentos e consequências) e de outras tarefas adicionais que se considerem frutíferas de acordo com o tema. Cada uma das sessões inicia-se com um componente de fornecimento de informação acerca de um dado tema, bem como, a explicação do racional teórico cognitivo-comportamental referente ao tema (que é diferente em todas as sessões). Depois deste momento da sessão, existe sempre a discussão do tema, o que pode ser feito com o grupo todo ou com pequenos grupos de dois ou três participantes. A discussão do tema parte da análise dos trabalhos de casa de três participantes. Trata-se da fase mais longa da sessão e tem a duração de aproximadamente 1 hora. Antes do final da sessão é solicitada uma síntese breve da sessão e procede-se à distribuição e explicação dos trabalhos de casa. Cada sessão conclui-se com o treino muscular progressivo com oito grupos musculares.

Os temas das 8 sessões de cada um dos programas encontram-se nos quadros 8 e 9. Nos Anexos G e H encontra-se uma descrição breve de cada uma das sessões.

Quadro 8

Temas das sessões do programa psicoeducativo

Sessão	Tema
Sessão 1.	Apresentação
Sessão 2.	As causas do cancro: Promoção de um estilo de vida contra o cancro
Sessão 3.	Alterações corporais relacionadas com os tratamentos e o impacto na autoestima: Como lidar com as alterações e melhorar a autoestima
Sessão 4.	As dificuldades psicológicas encontradas em sobreviventes de cancro: Aprender a gerir as emoções
Sessão 5.	Método de Resolução de Problemas, Relaxamento, Meditação e Espiritualidade
Sessão 6.	Lidar com a incerteza e com o medo de recorrência
Sessão 7.	A comunicação nas relações interpessoais: a família, os amigos e colegas, os profissionais de saúde e os outros
Sessão 8.	Conclusão do grupo e objetivos para o futuro

Quadro 9

Temas das sessões da terapia de grupo cognitivo-comportamental

Sessão	Tema
Sessão 1.	Apresentação
Sessão 2.	Genética, o papel do <i>stress</i> e o impacto das hormonas
Sessão 3.	Impressão de mutilação, aumento de peso, dor no braço
Sessão 4.	Reorganização da limpeza, compras, retorno ao trabalho
Sessão 5.	Medo de reincidência, o controlo é suficiente?
Sessão 6.	Como é que eu posso dizer? Conflitos familiares
Sessão 7.	Problemas com os prestadores de cuidadores de saúde: a falta de informações
Sessão 8.	Viver e objetivos pessoais

3.2.4.4 Metodologia de construção das intervenções

Os programas baseiam-se noutros programas de intervenção de grupo com eficácia comprovada, como os seguintes: Edelman et al. (1999b); Fawzy et al. (2001); Helgeson, Cohen & Schultz (2001); Dolbeault et al. (2008, 2009). Sendo de referir que nos baseamos especialmente no programa de intervenção de Dolbeault et al. (2008, 2009) para o desenvolvimento do programa de terapia de grupo cognitivo-comportamental, não só por ser dos estudos empíricos com maior rigor metodológico com sobreviventes de cancro da mama a apresentar eficácia terapêutica, mas também pela terapeuta principal ter recebido formação neste programa específico com a autora do programa, em 2009.

No programa de intervenção psicoeducativo, na tentativa de promoção de hábitos de vida saudáveis, foram utilizadas informações de vários autores que se dedicam ao estudo desta área. Utilizámos especialmente as implicações referidas por Demark-Wahnefried (2010), Guimarães et al. (2003), Hong, Holcomb, Dang, Porampornpilas & Nunez (2010), Ibipino et al. (2005), Rosenbaum (2008), Simões, Carneiro, Schmitt & Lopes (2007) e Stevinson, Campbell, Sellar & Courneya (2007). Também fizemos alusão às sugestões reunidas por Servan-Schreiber (2008). Esta última referência foi inclusivamente facultada às participantes, por se tratar de um livro de linguagem acessível. Por forma a lidarem com as alterações corporais relacionadas com os tratamentos e melhorarem a autoestima, utilizámos particularmente as sugestões do programa de Dolbeault et al. (2008, 2009), mas diversificamos as atividades de promoção da autoestima, com base na fundamentação teórica sobre o conceito de autoestima contido em

referências como Wells e Marwell (1976). No sentido de alertar para as dificuldades psicológicas encontradas em sobreviventes de cancro e com vista a aprenderem a gerir emoções foram utilizadas especialmente as implicações de Lent (2007) e Biegler, Chaoul e Cohen (2009). As estratégias de resolução de problemas foram adaptadas da terapia desenvolvida para pessoas com cancro, por Nezu e Nezu (2007). Para melhor lidarem com a incerteza e com o medo de recorrência de cancro da mama utilizámos as implicações de Armitage et al. (2010), para além das de Dolbeault et al. (2008, 2009), em que a estrutura da sessão se baseou especialmente. No que respeita à comunicação nas relações interpessoais, foram utilizadas estratégias gerais de promoção de comportamento assertivo. Por último, para se tratar do estabelecimento de objetivos de vida, partimos especialmente do programa de Dolbeault et al. (2008, 2009).

Também podemos afirmar que os programas de intervenção vão de encontro ao que tem sido encontrado na revisão da literatura acerca da sobrevivência e das variáveis associadas a um bom ajustamento das sobreviventes de cancro da mama.

Partimos dos estudos que tentaram identificar as necessidades dos sobreviventes de cancro, que concluíram que aprender acerca do cancro, compreender os tratamentos médicos e manter a saúde mental e física (através de estratégias de gestão do *stress*) parecem ser as necessidades mais sentidas (Martin et al., 2011; Thewes et al., 2004). São também sentidas necessidades de apoio emocional e prático das pessoas significativas e do acesso aos profissionais de aconselhamento (Thewes et al., 2004). Todas estas necessidades procuram ser colmatas ou promovidas pelas intervenções de grupo que propomos, já que é facultada informação acerca da doença (especialmente no programa de intervenção psicopedagógico), existe familiarização com estratégias de gestão do *stress* ou estratégias de *coping* (sendo estas treinadas de forma mais sistemática no programa de terapia de grupo cognitivo-comportamental), é fornecida a oportunidade de apoio social dentro do grupo e potenciado fora do grupo com a familiarização com as estratégias de comunicação e a intervenção é também um meio de acesso das sobreviventes aos profissionais de aconselhamento. Podemos, assim, afirmar que os protocolos de intervenção de grupo em estudo vão de encontro às necessidades das sobreviventes, pelo menos teoricamente.

De entre as estratégias de gestão de *stress* é salientada pelos sobreviventes a necessidade específica para lidar com o medo de recorrência (Crooks, 2001; Kantor &

Houldin, 1999; Thewes et al., 2004), o que faz parte das sessões de intervenção de ambos os protocolos de intervenção testados. E a necessidade de suporte de grupo propriamente dita também é apontada por sobreviventes de cancro da mama (Thewes et al., 2004).

Partimos também de ilações como as de Miller e Massie (2010), que consideram que o sofrimento emocional dos sobreviventes pode estar relacionado com a incerteza, com a perda de controlo, com o aumento de dependência, com o medo do sofrimento no futuro e com o receio da perda de papéis e relações. Nas intervenções propostas no nosso estudo, tenta-se familiarizar as sobreviventes com estratégias para lidar com a incerteza, com a possibilidade de recaída e com a perceção de falta de controlo sobre a vida e a doença, bem como, com estratégias de comunicação para promoção de relações funcionais com os outros, pelo que consideramos que estas podem dar resposta às áreas identificadas por estes autores.

Tivemos em consideração indicações terapêuticas como as de Matos e Pereira (2002), que expõem intervenções possíveis e recomendadas para cada estágio da doença oncológica, englobando o que designaram pelo 3º estágio, correspondente à fase do pós-tratamento, sendo esta a mais próxima da população que englobamos no nosso estudo. Estes autores sugerem que a intervenção com estes doentes contemple estratégias como as seguintes: prescrição de tarefas de mestria e de prazer; promoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação, exercício e adesão às indicações médicas); sensibilização para a importância da expressão emocional; sensibilização para a hipótese de recaída e desmitificação de crenças associadas a essa possibilidade.

Através dos fatores de risco e de proteção identificados para sofrimento emocional nesta população, as intervenções propostas também parecem ser respostas adequadas para promover a adaptação e ajustamento à doença, nomeadamente, através da promoção das estratégias de *coping*.

Consideramos, então, que as intervenções em estudo neste trabalho englobam a familiarização com estas estratégias de *coping*, quer focadas no problema, quer nas emoções, ou seja, quer com aquelas que tentam levar à alteração das situações indutoras de *stress*, quer com as que servem para gerir ou diminuir o sofrimento emocional da situação. A promoção destas estratégias adequadas é contemplada, por exemplo, com o incentivo para repensar os objetivos de vida, conforme é sugerido por diferentes abordagens desta área, como a de adaptação cognitiva a situações ameaçadoras, de Baldwin e colaboradores

(2010) e a de autorregulação, de Carver e Sheier (2002). Em ambas as intervenções também se procura promover o controlo sobre a situação, que é um aspeto comum a todas as abordagens de *coping* com uma doença crónica, sendo promovido especificamente o controlo sobre os fatores de risco e de proteção de cancro, ao se fornecer a ideia e a possibilidade de adotarem um estilo de vida saudável e protetor em relação ao cancro (ainda que esta noção seja patente de forma mais explícita na intervenção psicopedagógica). Em suma, consideramos que as intervenções familiarizam as sobreviventes com estratégias de *coping*, que têm sido amplamente associadas a um bom ajustamento à doença (Andreotti et al., 2013; Andreu et al., 2011; Carver et al., 1993; Compas & Luecken, 2002; Cordova et al., 2003; Danhauer et al., 2009; Dunkel-Schetter et al., 1992; Heim et al., 1997; McCaul et al., 1999; Reich et al., 2008; Stanton et al., 2000). As estratégias são comportamentais, emocionais e cognitivas, pelo que, para além de poderem contribuir para a alteração dos processos cognitivos, que têm sido identificados como importantes no ajustamento de sobreviventes de cancro da mama (Porter et al., 2006), podem contribuir para adaptação a outros acontecimentos indutores de *stress* e para lidar com sintomas de ansiedade e de depressão, que têm sido identificados como fatores de risco de sofrimento emocional nesta população (Andreu et al., 2011; Baucom et al., 2006; Burgess et al., 2005; Reich et al., 2008). A procura de informação é outra estratégia de *coping* encontrada nos doentes com cancro (Fredette, 1995; Lauver et al., 2007) e que tenta ser promovida pelas nossas intervenções, especialmente a psicopedagógica. Outras estratégias encontradas nestes doentes, como as estratégias de aceitação (Carver et al., 1993; Lauver et al., 2007) e distração (Lauver et al., 2007; Varela & Leal, 2007), de mestria (Fredette, 1995) e reavaliação positiva (Carver et al., 1993; Silva et al., 2012; Urcuya et al., 2005) também são promovidas com estas intervenções estudadas, ainda que de forma mais sistematizada na terapia de grupo cognitivo-comportamental.

Nas intervenções em estudo, não só o grupo é uma oportunidade de apoio social, como as sessões de intervenção contêm estratégias de comunicação com os outros em geral e com os parceiros em particular, pelo que tentam fortalecer o apoio social, que tem mostrado ser uma área crucial no ajustamento à doença (Aquino & Zago, 2007; Amaral & Moreira, 2009; Andreu et al., 2011; Avis et al., 2005; Burgess et al., 2005; Clarke et al., 2006; Fredette, 1995; Helgeson & Cohen, 1996; Hoffman et al., 2006; Northouse, 1995; Oliveira et al., 2005; Patrão & Leal, 2004; Pistrang & Baker, 1995; Quartana et al., 2005;

Robert et al., 2006; Silva et al., 2012; Varela & Leal, 2007; Wimberly et al., 2005; Wonghongkul et al., 2006).

As participantes são incentivadas a partilhar e expressar os seus pensamentos e emoções nas sessões, para além de existirem sessões que abordam questões relacionadas com a comunicação, pelo que tentam promover a expressão emocional, que também tem sido identificada como um fator protetor do sofrimento emocional nesta população (Andreu et al., 2011; Ferrandis et al., 2010; Low et al., 2006). Existem sessões e estratégias específicas para lidar com as alterações físicas dos tratamentos e as consequentes alterações da imagem e da autoestima, que têm sido igualmente identificadas como importantes no ajustamento destas mulheres (Baucom et al., 2006; Reich et al., 2008).

Em suma, as intervenções basearam-se em programas de intervenção estruturados já testados e com demonstração de eficácia terapêutica, em contexto internacional, para além de irem de encontro à promoção de variáveis importantes para o ajustamento psicológico e para a qualidade de vida das sobreviventes de cancro da mama encontradas na literatura.

3.2.5 Procedimentos gerais

Para concretização do projeto de investigação foi necessário pedir autorização para a realização dos estudos nas instituições onde foram recolhidas as amostras, ou seja, a Unidade de Senologia do Hospital de Braga e a Liga Portuguesa contra o Cancro (Núcleo Regional do Centro e Norte). Este trabalho teve a aprovação da Comissão de ética, do conselho de administração e do diretor de serviço do hospital envolvido, bem como, das direções regionais da Liga Portuguesa contra o Cancro. Foi também obtido o consentimento informado de cada participante individualmente.

Foi solicitada e obtida autorização para utilização dos instrumentos de avaliação.

A recolha dos dados foi realizada através de entrevistas individuais com as participantes, à exceção da recolha efetuada para o estudo I, que foi realizada através do preenchimento simples dos instrumentos de avaliação. O preenchimento dos instrumentos de avaliação e as entrevistas foram realizados nas instituições a que as participantes pertenciam. As salas em que foram realizadas as entrevistas tratavam-se de salas sem ruído significativo, com luz suficiente, sem fontes distrativas ou indutoras de *stress*. As entrevistas tiveram uma duração média aproximada de uma hora.

Uma descrição dos procedimentos seguidos em cada estudo encontra-se na apresentação de cada um dos estudos empíricos.

3.2.6 Análise dos dados

Neste trabalho foram utilizadas estatísticas descritivas e inferenciais. Dadas as características da amostra e os objetivos e hipóteses a testar, as análises realizadas recorreram essencialmente a estatísticas não paramétricas. Apesar de cada metodologia de análise dos dados estar descrita no estudo correspondente, passamos à apresentação sumária das metodologias adotadas em cada um dos estudos:

1. No estudo I, as análises quantitativas de avaliação das características psicométricas do Questionário das Formas de Lidar com o Cancro (CCQ) incidiram na análise da distribuição dos itens, no estudo da sua validade e fidelidade (dimensionalidade, consistência interna, fidelidade teste-reteste e validade concorrente). Procedeu-se à análise da distribuição das respostas e das relações entre os itens, ao cálculo do alfa de Chronbach e de correlações de Spearman.
2. No estudo II, as análises quantitativas de avaliação das características psicométricas do Questionário de Saúde do Doente (PHQ-9) incidiram na análise da validade e fidelidade (consistência interna, validade teste-reteste e validade de construto). A consistência interna foi calculada com o alfa de Chronbach, enquanto a validade teste-reteste recorreu ao coeficiente de correlação interclasses, tendo-se utilizado o teste de Jonckheere-Terpstra e o teste do qui-quadrado de Pearson para avaliação da validade de construto.
3. No estudo III e IV, as análises quantitativas utilizadas para avaliação dos resultados preliminares obtidos com os programas de intervenção desenvolvidos utilizaram os seguintes testes: o teste de U de Mann-Whitney para amostras independentes e o teste do Qui-quadrado para testar a equivalência dos grupos e o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas para comparar as alterações do pré para o pós-teste nos grupos de intervenção e de controlo.
4. No estudo V foram utilizadas diferentes metodologias de análises quantitativas, que foram as seguintes: para avaliação das diferenças das características dos grupos amostrais no início do estudo utilizou-se o teste de Qui-quadrado (χ^2), de Kruskal-Wallis (H) e U de Mann-Whitney (U); para se comparar os resultados obtidos nos

diferentes momentos do estudo nos indicadores de ajustamento psicológico foi utilizado o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas e para avaliar a influência das variáveis psicossociais, demográficas e clínicas nos resultados obtidos foram calculadas correlações de Spearman, testes de Kruskal-Wallis (H) e de U de Mann-Whitney (U).

Nos estudos realizados foram utilizados globalmente as seguintes metodologias de análise dos dados: para calcular o tamanho do efeito (r) utilizou-se o valor de z na seguinte fórmula $r = z / \sqrt{N}$ (Field, 2009), adotando-se como referência Cohen (1988), que estabeleceu que os valores de .10, .24 e .37 são considerados tamanhos do efeito pequenos, médios e elevados, respetivamente; para calcular o coeficiente de determinação das correlações de Spearman foi utilizado o quadrado da correlação (Field, 2009); o grau de significância estatístico de referência utilizado foi de $p < .05$ e recorreu-se ao auxílio da *software* IBM SPSS Statistics para o Windows (versão 19.0) para realização das análises estatísticas.

3.3 Considerações éticas

Toda a investigação se deve nortear por princípios éticos bem estabelecidos, quer na forma como se processa a investigação, quer na análise dos resultados, no estabelecimento e divulgação de conclusões. Nesta investigação tivemos em consideração a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2000), as indicações da American Psychological Association (APA, 2010) e da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Regulamento n.º 258/2011 de 20 de Abril de 2011).

A investigação salvaguardou, acima de tudo, o bem-estar das participantes. As medidas tomadas para se garantir o respeito ético pelas participantes nos diferentes momentos desta investigação foram as seguintes:

- O projeto de investigação foi submetido à apreciação do conselho científico do, na altura, Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro, da direção da Liga Portuguesa contra o Cancro e da comissão de ética do Hospital de Braga.

- Foi assinado por todas as participantes que participaram na investigação um consentimento informado de participação em cada uma das intervenções (Ver anexos A e B). Este documento foi elaborado com base nas diretrizes estabelecidas no seminário sobre o consentimento informado, organizado em 2009 (Administração Regional de Saúde do Norte, 2009). Neste documento eram descritos os objectivos gerais da investigação, papel das participantes e papel da investigadora, incluindo a garantia de confidencialidade sobre os dados fornecidos, utilização desses dados apenas para fins de investigação e o assegurar de que a participação no estudo era voluntária e que a recusa de participação não teria quaisquer implicações. A informação que constava no documento era explicada oralmente, de modo a que qualquer dúvida fosse de imediato esclarecida. Apenas quando os sujeitos compreendiam o propósito da investigação, o procedimento a adotar e o seu papel enquanto participantes, era solicitada a sua colaboração e formalizada pela assinatura do consentimento informado. As participantes ficavam com um duplicado do consentimento que tinham assinado.
- Foi fornecida a todas as participantes e a todos os profissionais diretamente envolvidos na investigação informação acerca da relevância da investigação e dos benefícios que poderiam advir da mesma.
- Os potenciais riscos e benefícios para as participantes, em resultado da sua participação na investigação, foram devidamente avaliados durante o desenvolvimento da mesma, com recurso a literatura da área e reflexão junto de profissionais de saúde a trabalhar com doentes oncológicos.
- Procurámos assegurar a proteção da vida, saúde, dignidade, integridade, direito à autodeterminação, privacidade e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes.
- Garantimos a confidencialidade das participantes.
- Foi assegurado às participantes que a sua participação na investigação era absolutamente voluntária, não existindo qualquer implicação caso optassem pela não participação ou desistência em qualquer fase do processo de investigação.
- Definiu-se os objetivos de investigação e apenas recolhemos a informação que serviria esses objetivos e os propósitos da investigação.

- Procurámos publicar os resultados de forma precisa e objetiva, sem ocultar os dados que fossem contra as nossas hipóteses iniciais. As afiliações institucionais e declarações de interesse foram igualmente enunciadas.
- Os resultados da investigação iam sendo revelados aos participantes ao longo do seu decurso, bem como no final da mesma.

Capítulo 4

Estudos empíricos

4. 1 Estudo I – Estudo de validade da versão Portuguesa do Questionário de formas de lidar com o cancro⁵

4.1.1 Resumo

Este trabalho tem como objetivo desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas da versão Portuguesa do *Cancer Coping Questionnaire* (CCQ). A amostra de conveniência inclui 189 doentes de cancro da mama, que preencheram as seguintes escalas, para além da CCQ: *Courtauld Emotional Control Scale* (CEC); a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* com o *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* (EORTC QLQ-C30 e BR-23). O procedimento incluiu: tradução; retroversão; grupo de discussão para inspeção de equivalência lexical e de validade de conteúdo; aplicação à população alvo, seguida de nova aplicação. A validação portuguesa do CCQ apresenta boas propriedades psicométricas de consistência interna e teste-reteste.

Palavras-chave: avaliação; *coping*; cancro

4.1.2 Abstract

This study aims to develop and evaluate the psychometric properties of the Portuguese version of the *Cancer Coping Questionnaire* (CCQ). The convenience sample included 189 breast cancer patients, who fulfill the following measures, beyond CCQ: *Courtauld Emotional Control Scale* (CEC); *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) and the *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of*

⁵ Este artigo encontra-se a ser publicado pela Revista Ibero-americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica. Referência provisória: Torres, A., Pereira, A. e Monteiro, S. (No prelo). Estudo de validade da versão portuguesa do Questionário de Formas de Lidar com o Cancro. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*.

Life Questionnaire and the Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module (EORTC QLQ-C30 e BR-23). The procedure include: translation; back translation; discussion group for inspection of lexical equivalence and content validity; application to a target population, followed by a second fulfill. The validation of the Portuguese CCQ has good psychometric proprieties of internal consistency and test-retest reliability.

Keywords: assessment; *coping*; cancer

4.1.3 Introdução

O conceito de *coping* apareceu formalmente nos anos 60 com o aumento do interesse pelo estudo do *stress*. Nos anos 70 surgiu uma nova abordagem deste conceito que contrasta com a perspectiva de *coping* hierárquico de tradição psicanalítica, que o defendia como um traço ou estilo (Lazarus, 1993). Esta nova perspectiva entende-o como um processo que sofre modificações ao longo do tempo e com o contexto situacional em que ocorre. Define-o sinteticamente como um processo de esforços cognitivos, emocionais e comportamentais em constante mudança para a gestão de acontecimentos internos ou externos que são desafiantes ou ultrapassam os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984). Concebe dois tipos gerais de estratégias de *coping*, o focado no problema e o focado nas emoções, que dizem respeito, respetivamente, às ações tomadas para alterar a situação indutora de *stress* e às acções que são utilizadas com vista à diminuição ou gestão do *distress* emocional associado à situação. Esta abordagem influenciou os subsequentes pensamentos acerca do *coping* em relação à doença crónica. No que diz respeito à aplicação deste modelo geral de *coping* à situação indutora de *stress* relacionada com uma doença crónica, os mecanismos de *coping* ativos parecem ser bem mais sucedidos do que os passivos. Parece, então, que é mais eficaz focar-se em como gerir ativamente o *stress* do que evitá-lo. Os mecanismos de *coping* ativos consistem em dois tipos, nos que envolvem estratégias focadas nas emoções, preferencialmente usadas quando a situação de *stress*, a doença ou os tratamentos, é perspectivada como pouco passível de alteração, e na focada no problema, usadas predominantemente quando alguma coisa tangível pode ser feita para alterar a situação indutora de *stress* e quando existem recursos disponíveis (Baldwin, Kellerman & Christensen, 2010).

Um modelo mais específico, de adaptação cognitiva a situações ameaçadoras, como viver com uma doença crónica, tem defendido que um *coping* bem sucedido parte de 3 questões que envolvem as componentes afetivas, cognitivas e comportamentais, a saber: procura de significado na situação; domínio sobre a situação e autoaperfeiçoamento em resposta à situação ameaçadora (Baldwin et al., 2010). A procura de significado de uma doença crónica passa por perceber o que explica o que ocorreu, mas também, por repensar as próprias prioridades para conseguir tirar melhor partido da vida. O domínio sobre a doença consegue-se através da afirmação de controlo sobre a mesma ou sobre aspetos relacionados com a ela, como o tratamento. Como uma doença crónica pode resultar num aumento de afeto negativo e em depressão, ser capaz de se envolver em alguma forma de autoaperfeiçoamento e sentir-se melhor consigo próprio é considerada uma estratégia de *coping* bem sucedida. Outros modelos têm sido aplicados à compreensão das formas de lidar com uma doença crónica, são exemplo disso os modelos de autoregulação, de autodeterminação e da perspetiva assente no contexto dinâmico entre a pessoa e o tratamento (Baldwin et al., 2010). Segundo o modelo de autoregulação (Carver & Sheier, 2002), em que uma doença crónica pode ser vista como uma situação indutora de *stress* por impedir a concretização de objetivos estabelecidos previamente, as estratégias de *coping* bem sucedidas passam pela reavaliação e reajuste dos objetivos que ficaram comprometidos. Por sua vez, para o modelo de autodeterminação (Ryan & Deci, 2000), a melhoria da motivação e da competência dos doentes em relação ao controle da doença e dos tratamentos melhora as estratégias de *coping* e a gestão da doença crónica (conforme alguns estudos corroboram, como os de Williams et al., 2006). Assim, este modelo defende, por exemplo, que os profissionais de saúde devem explorar e descobrir as perspetivas dos pacientes, oferecendo-lhes opções e informação, o que consequentemente reforça a autonomia. Para a perspetiva do contexto dinâmico entre a pessoa e o tratamento (Bem & Funder, 1978, Dance & Neufeld, 1988), os aspetos contextuais e as características da situação devem ser concordantes com as variáveis do paciente, de forma a influenciarem as formas mais eficazes de *coping* e de gestão da doença, consideram, assim, importante a forma como é abordado um tratamento e o estilo do cuidado, que deve ser concordante com o estilo de *coping* do paciente e com as suas crenças de saúde. Segundo esta perspetiva, esta interação dinâmica é determinante para a adesão à terapêutica e para a satisfação com os cuidados recebidos. Todos os modelos e perspetivas sobre o *coping* com

uma doença crónica partilham especialmente um ponto comum, a importância da percepção de controlo sobre a situação. Estudos recentes têm corroborado a importância desta percepção de controlo para lidar com a doença crónica (De Ridder, Geenen, Kuijer & van Middendorp, 2008).

As formas de avaliação das estratégias de *coping* compreendem o uso de instrumentos standardizados, os protocolos de entrevistas e as técnicas de observação, que visam avaliar as estratégias de *coping* cognitivas, emocionais e comportamentais, em resposta a um determinado stressor. Desde cedo que se assistiu a uma proliferação de medidas das estratégias de *coping*, verificando-se grande diversidade em relação ao que é avaliado por cada medida (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Existe, portanto, pouco consenso tanto na conceptualização como nas medidas das estratégias de *coping* (Aldwin & Revenson, 1987). A maioria dos estudos sobre *coping* em doentes oncológicos utilizam medidas genéricas, como o COPE (Carver et al., 1989), o *Ways of Coping* (Aldwin, 1987) e o *Coping Strategies Inventory* (Tobin, Holroy, Reynolds & Wigal, 1989). No entanto, estas medidas genéricas não avaliam as estratégias de *coping* específicas para lidar com doenças específicas (Maes, Leventhal & DeRider, 1996). Consideramos que as doenças diferem nas exigências que colocam aos pacientes, pelo que se deve optar por medidas específicas para o *coping* com cada doença (DeRidder & Schreurs, 1996). Neste trabalho optámos por estudar o *Cancer Coping Questionnaire* (Moorey, Frampton & Greer, 2003), por se tratar de um instrumento concebido para medir as estratégias treinadas em intervenção cognitivo-comportamental, bem como, por ser um instrumento específico de avaliação de *coping* com o cancro. Para além da especificidade desta medida, a possibilidade de avaliação da evolução das estratégias de *coping* confere-lhe uma forte aplicabilidade, enquanto instrumento de avaliação de eficácia das intervenções psicológicas aplicadas a doentes oncológicos. Vários estudos têm utilizado este instrumento internacionalmente para avaliação das estratégias de *coping* em pacientes oncológicos (e.g. Vasile, Vasiliu, Vasile, Terpan & Brisculescu, 2008; Nekolaichuk, Cumming, Turner, Yushchyshyn, & Rami, 2011), sendo referido como um instrumento com boas características psicométricas (e.g. White, 2006; Dempster et al., 2011). Outro instrumento específico utilizado, tem sido o *Mental Adjustment to Cancer* (Watson et al., 1988), no entanto, vários autores têm questionado se este instrumento avalia de facto o *coping* ou o ajustamento ao cancro (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003). Existem ainda

outros instrumentos específicos pelos quais não optámos, de que é exemplo o *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos ou CAEPO* (Martínez, 2008).

O Questionário de Formas de lidar com o Cancro (Cancer *Coping* Questionnaire; CCQ) foi desenvolvido com o objetivo de avaliar as estratégias de *coping* ensinadas na terapia psicológica adjuvante (Moorey et al., 2003), que se trata de uma adaptação da terapia cognitivo-comportamental para aplicação a doentes de cancro desenvolvida por dois dos mesmos autores da escala (Moorey & Greer, 2002). Segundo os autores a escala pode avaliar a utilização das estratégias de *coping* alcançada com este tipo de terapia ou por outro tipo de terapia cognitivo-comportamental. Os autores assumem que os pacientes que estão preparados para usar estas técnicas específicas durante a terapia apresentarão um melhor ajustamento à doença e menor morbilidade psicológica (Moorey et al., 2003).

Os itens originais da escala CCQ partiram inicialmente de uma variedade de estratégias de *coping* que eram consideradas métodos (cognitivos, emocionais, comportamentais e interpessoais) que os pacientes deviam aprender durante a terapia psicológica adjuvante. A versão inicial continha 43 questões: 11 relativas as estratégias comportamentais, 13 a estratégias cognitivas, 8 de expressão afetiva e 11 interpessoais (sendo estas últimas só aplicadas a pacientes com parceiro).

No que diz respeito à dimensionalidade, os autores da escala original utilizaram uma análise de componentes principais, omitindo a escala interpessoal. Chegaram desta forma a 9 fatores com *eigenvalue* > 1 (que explicavam 62% da variância). Depois de utilizarem a rotação da solução fatorial com o procedimento Varimax, obtiveram 5 fatores que explicavam também 62% da variância. Os autores da escala original optaram por excluir o último fator encontrado por considerarem que este não era clinicamente muito significativo, pelo que ficaram, por fim, com 4 fatores, a que atribuíram as seguintes designações: *coping*, *focus positivo*, diversão e planeamento. Estes fatores, propostos para o cálculo das respostas obtidas com o instrumento original, permitem a comparação da evolução nestas 4 estratégias de *coping*. A comparação dos valores obtidos nos fatores do CCQ em dois ou mais momentos, com o intuito de testar o efeito das intervenções psicológicas, permitem avaliar a evolução das estratégias de *coping*.

Como se desconhecem as propriedades psicométricas do Questionário de Formas de Lidar com o Cancro na população portuguesa, este trabalho tem como objetivo estudar estas propriedades. Consideramos que este trabalho, ao adaptar e validar um instrumento

de avaliação psicológica útil para aplicar a doentes oncológicos, está a contribuir para a promoção da utilização de instrumentos válidos para esta população, conforme é incentivado por alguns autores para promover a utilização de testes psicológicos (Prieto, Muñiz, Almeida & Bartram, 1999).

4.1.4 Método

Amostra

A amostra foi constituída por conveniência com 189 mulheres, com idade média de 56.10 (Min=30, Max=80, Desvio Padrão=12.3), doentes de cancro da mama (68.8% em fase de sobrevivência e 31.2% em fase de tratamento), utentes do Movimento Vencer e Viver da Liga Portuguesa contra o Cancro da Região Centro, local onde foi recolhida a amostra. A maioria das participantes é casada (90.5%) e, em relação ao nível de escolaridade, a maioria é representada por 25.9% que possui formação universitária e 25.4% que possui o 4º ano de escolaridade. Quanto às atividades profissionais, tendo por base a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011), existe a mesma percentagem de mulheres a exercer funções profissionais de nível intermédio e de pessoal administrativo e similares (21.7%), sendo estas as funções exercidas pela maior proporção da amostra. A maioria detetou o cancro através do autoexame (40.7%) e, no que se refere aos tratamentos realizados, a maioria realizou mastectomia (72.5%), esvaziamento axilar (52.9%), radioterapia (51.3%) e quimioterapia (70.9%). É ainda de referir que 10.6% são mulheres que lidaram com a recorrência do cancro.

O quadro 1 resume as características sócio-demográficas e o quadro 2 as características clínicas das participantes.

Tabela 1
Características sócio-demográficas das participantes

Variáveis sócio-demográficas	Sobreviventes n=189
Idade	
Média; DP	56.1; 12.3
Min-máx	30-80
Estado Civil	[n(%)]
Casada	171 (90.5)
Viúva	8 (4.2)
União de Facto	4 (2.1)
Divorciada	1 (.5)
Habilitações Literárias	[n(%)]
Formação Universitária	49 (25.9)
1º Ciclo (1º-4º ano)	48 (25.4)
3º Ciclo (7º-9º ano)	40 (21.2)
Ensino Secundário (10º-12ºano)	32 (16.9)
2º Ciclo (5º-6º ano)	11 (5.8)
Categoria Profissional	[n(%)]
Pessoal Administrativo e similares	41 (21.7)
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	41 (21.7)
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	30 (15.9)
Pessoal dos Serviços e Vendedores	28 (14.8)
Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas	9 (4.8)
Trabalhadores Não Qualificados	9 (4.8)
Quadros Superiores da Administração Pública e Empresas	5 (2.6)
Agricultores e Trabalhadores Qualificados	1 (.5)

Tabela 2
Características clínicas das participantes

Variáveis Clínicas	n=189
	n (%)
Meio de Detecção do Cancro	
Autoexame pela própria	77 (40.7)
Exames de rastreio solicitados pelo médico	36 (19)
Outro	23 (12.2)
Rastreio LPCC	20 (10.6)
Exame/palpação realizado pelo médico em consulta de rotina	13 (6.9)
Tipo de cirurgia realizada	
Mastectomia	137 (72.5)
Quadrantectomia	16 (8.5)
Tumorectomia	14 (7.4)
Mastectomia dupla	9 (4.8)
Quadrantectomia + Mastectomia	5 (2.6)
Tumorectomia + Mastectomia	1 (0.5)
Tipo de Tratamento	
Radioterapia	97 (51.3)
Quimioterapia	134 (70.9)
Hormonoterapia	84 (44.4)
Esvaziamento Axilar	100 (52.9)

Material

Todas as participantes responderam voluntariamente a um questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica, para além dos seguintes instrumentos de avaliação: a) a versão portuguesa do CCQ em estudo neste trabalho, denominado Questionário de Formas de Lidar com o Cancro (CCQ; Moorey et al., 2003); b) o *Courtauld Emotional Control Scale* (CEC; Watson & Greer, 1983; versão Portuguesa: Patrão, 2007); c) a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão Portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2007) e d) o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* com o *Supplementary*

Questionnaire Breast Cancer Module (EORTC QLQ-C30 e BR-23; Aaronson et al., 1993, Versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008).

O Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Clínica permitiu recolher dados sobre a idade, a escolaridade, o estado civil, a situação profissional, a forma de deteção do cancro e o tipo de tratamentos realizados.

O CCQ é uma escala de autoresposta concebida para medir estratégias ensinadas na terapia psicológica adjuvante e noutras intervenções de inspiração cognitivo-comportamental para doentes oncológicos. Os autores colocam a hipótese da escala avaliar as estratégias de *coping* para lidar com o cancro, que consiste num dos mecanismos de mudança a partir dos quais a terapia cognitivo-comportamental atua. O questionário original era inicialmente constituído por 41 itens, tendo ficado a versão final com 21 itens. É constituído por duas sub-escalas, a escala individual (itens 1 a 14) e a interpessoal (itens 15 a 21), em que cada item é avaliado por uma escala de resposta de 4 níveis (1-4), de “nunca” a “muito frequentemente”, respetivamente. No estudo original, através de análise fatorial obtiveram-se 4 fatores que compõem as 14 questões da sub-escala individual. A partir da questão 15 (sub-escala interpessoal) só responde quem tiver parceiros. Na subescala individual total (itens 1 a 14), os itens 2, 6, 7, 11 e 12 correspondem ao *coping*; os itens 1, 9 e 14 correspondem ao foco positivo; os itens 3, 4 e 8 correspondem à diversão e os itens 5, 10 e 13 correspondem ao planeamento (Moorey *et al.*, 2003). Quanto maiores as pontuações obtidas nas sub-escalas e fatores, mais estratégias de *coping* os respondentes revelam. No estudo de validação original do CCQ, a sub-escala individual apresenta uma boa consistência interna de .87 (nos itens da escala individual) e .82 (nos itens da escala interpessoal) para doentes com cancro da mama. A validade teste-reteste da sub-escala individual obtida foi de .90 ($n=25$, $p<.001$) e de .84 ($n=19$, $p<.001$) para a sub-escala interpessoal. As outras sub-escalas também apresentaram correlações igualmente elevadas, variando num intervalo de .67 (para o foco positivo) a .81 (para a Diversão).

A HADS é uma escala composta por uma subescala de ansiedade e uma subescala de depressão, ambas constituídas por 7 itens (respetivamente 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13 e 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14), permitindo avaliar a sintomatologia na semana precedente. As respostas a cada item podem ser quantificadas numa escala tipo Likert, variando de 0 a 3, com os valores mais elevados a revelarem maior sofrimento psicológico. Assim, cada item permite a escolha entre quatro opções de resposta, em que o paciente deve escolher aquela que

corresponde à forma como se tem sentido durante a última semana. Cada subescala pode ter uma pontuação que varia entre 0 e 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e de depressão. Quanto ao grau de severidade, os autores apontam a seguinte classificação, quer para ansiedade quer para a depressão: valores entre 0-7 “normal”, 8-10 “leve”, 11-15 “moderada” e, 16-21 “grave” (Zigmond & Snaith, 1983). Na versão Portuguesa não se registaram alterações relativamente à forma original, tendo apresentado propriedades psicométricas semelhantes à escala original. A versão Portuguesa apresenta adequados valores de consistência interna, nomeadamente um alfa de Cronbach de .76 para a subescala de ansiedade e .81 para a subescala de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007). No que se refere à validade teste-reteste, apesar da validação Portuguesa não a ter avaliado com doentes oncológicos, as correlações que variaram entre .43 e .75 permitiram concluir que este instrumento avalia os estados e não os traços dos doentes. É, portanto, um instrumento que parece conseguir ser sensível às alterações de estado a nível de depressão e ansiedade.

A CEC é constituída por 17 itens (o item 11 é de cotação invertida) agrupados em três subescalas que avaliam o grau de controlo emocional da raiva, tristeza e ansiedade, isto é, o controlo de respostas afetivo-negativas. Trata-se de escala de resposta tipo Likert de 4 pontos variando de “quase nunca” a “quase sempre”, sendo o resultado total dado pela soma de todos os itens, e o resultado para cada subescala, obtido pela soma dos itens correspondentes. A sub-escala de Raiva é constituída pelos itens A, B, C, D, E, e F, a de Ansiedade pelos itens G, H, I, J e K e a de Tristeza pelos itens L, M, N, O, P e Q. Assim, as pontuações mais elevadas correspondem a um nível de maior controlo emocional. Esta escala evidencia boas qualidades psicométricas apresentando um coeficiente alfa de Cronbach no estudo original de 0.86 (Watson & Greer, 1983) e de .91 na versão Portuguesa (Patrão, 2007). Também apresentou uma boa validade teste-reteste no estudo original, de $r=.95$ ($p<.001$) para a escala total, de $r=.86$ ($p<.001$) para a sub-escala de raiva, de $r=.84$ ($p<.001$) para a sub-escala de ansiedade e de $r=.89$ ($p<.001$) para a sub-escala de tristeza.

O EORTC QLQ-C30 é um questionário de auto-relato desenvolvido para avaliar a qualidade de vida (QdV) relacionada com a saúde de pacientes com doença oncológica. É apropriado para ser usado desde o momento do diagnóstico até à sobrevivência de longo prazo. É constituído por 30 questões, 5 escalas funcionais (funcionamento físico, social,

emocional, cognitivo e de papel), 3 escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea e vômitos) e uma escala de avaliação da condição global (saúde e QdV) para além de 6 escalas de um único item (dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras). Os valores mais elevados nas escalas funcionais e na escala de estado de saúde ou QdV global indicam um melhor nível de funcionamento ou QdV, enquanto os valores mais elevados nas escalas de sintomas ou de um único item indicam um maior nível de sintomatologia ou problemas. A maioria dos itens são avaliados por uma escala tipo Likert de 4 pontos ("não", "um pouco", "bastante" e "muito"), com a exceção dos dois itens da sub-escala de Saúde global e QdV, que usam uma escala modificada analógica linear de 7 pontos (em que "1" é péssima a "7" ótima). A pontuação é padronizada e varia de 0-100, com uma pontuação mais elevada; indicando uma maior QdV. A escala de QdV global é uma medida breve e geral de QdV, com alta confiabilidade interna e validade preditiva. A versão Portuguesa apresentou um alfa de Cronbach para a escala de Saúde e QdV Global de .88 e valores a variar de .57 e .87 para as restantes sub-escalas, sendo a de funcionamento cognitivo e a de funcionamento emocional as que apresentaram os valores extremos (Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008). Os valores obtidos de correlação entre as duas aplicações do instrumentos foram moderados (entre .16 e .31 para as sub-escalas funcionais e entre .21 e .39 para as escalas de sintomas, indicando que consiste numa medida de estado, ou seja, sensível às variações da qualidade de vida (Pais-Ribeiro et al., 2008).

Procedimento

Os estudos de adaptação e validação do CCQ para a população portuguesa seguiram a seguinte metodologia: estudo piloto com (a) tradução; (b) retroversão; (c) grupo de discussão e (d) aplicação à população alvo, seguido do estudo principal, com nova aplicação, mais alargada, à população alvo. A tradução para o idioma português foi realizada por duas pessoas, bem como a retroversão. Foi realizada uma discussão de grupo para se obter consenso total acerca da equivalência lexical e cultural. A análise de validade de conteúdo foi realizada por dois psicólogos. Depois de definida a equivalência, aplicou-se o questionário a pacientes de níveis educacionais baixos. Depois da versão final ficar definida, escolheu-se o formato de apresentação para o questionário idêntico ao original (ver Anexo E). O questionário foi geralmente bem aceite pelas pacientes de todas as idades

e níveis educacionais. Após análise dos resultados do estudo piloto, procedemos à aplicação mais alargada para uma análise mais consistente da sua aplicabilidade à população portuguesa, cujos resultados são apresentados no presente trabalho. Foram realizadas duas aplicações com o instrumento, com 8 semanas de intervalo temporal. Foi obtida autorização dos autores para a utilização do CCQ previamente.

Análise dos dados

As análises quantitativas incidiram na análise da distribuição dos itens, no estudo da sua validade e fidelidade (dimensionalidade, consistência interna, fidelidade teste-reteste e validade concorrente). As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do software IBM SPSS Statistics para o Windows (versão 19.0).

4.1.5 Resultados

Teste de Normalidade

Para averiguarmos a normalidade da distribuição dos resultados obtidos com o questionário, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para os resultados obtidos nas 2 sub-escalas globais utilizadas pelos autores (Individual e Interpessoal). Ambos os resultados apresentaram uma distribuição estatisticamente diferente da distribuição normal, ambas com $p < .005$.

Análise da distribuição das respostas e das relações entre os itens

Como o instrumento compreende uma escala de respostas de tipo ordinal, a análise descritiva das respostas incluíram os seguintes parâmetros estatísticos: valores mínimos e máximos, 1º e 3º quartis, valores de moda e mediana. Os resultados da análise descritiva revelam uma distribuição adequada dos itens da escala. Todos os itens apresentaram valores mínimos e máximos a variar entre os valores extremos da distribuição (1 e 4). Os valores da mediana variaram na maioria dos itens entre os valores 2 e 3, embora os itens 10 e 13 tenham apresentado o valor extremo máximo (4). Os valores da moda variaram na maioria dos itens entre os valores 2 e 3, embora os itens 9, 10, 11, 13, 15, 17, 19 e 21 tenham apresentado valores extremos, mais especificamente, os itens 11, 15 e 17 apresentaram o valor mínimo e os itens 9, 10, 13, 19 e 21 apresentaram o valor máximo.

Os valores para o 1º quartil variaram entre 1 e 3, tendo a maioria variado entre 1 e 2, enquanto os valores para o 3º quartil variaram entre 2 e 4, tendo a grande maioria variado entre 3 e 4.

A relação entre os itens da escala foi analisada através da observação da matrix-R, do KMO (Kaiser-Meyer-Okin) e do teste de esfericidade de Bartlett. Todos os itens apresentam boas correlações com todas as outras, não existindo coeficientes de correlação particularmente elevados, verificando-se um valor do determinante ($1.64E-05$) superior ao valor necessário ($.00001$), o que faz com que não se coloque a possibilidade, por ora, de remoção de itens. A observação do KMO para múltiplas variáveis leva-nos a concluir que o grau de adequação da amostra se encontra acima do valor mínimo, de $.50$, estabelecido por Kaiser (1974), sendo de $.64$. O valor de KMO para variáveis individuais, observadas na diagonal da matriz de anti-imagem da correlação, mostram valores abaixo do mínimo de $.50$ para os seguintes itens: 1 e 4 (ambos com $.49$), 8 (com $.50$) e 12 (com $.48$). O resultado obtido no teste de esfericidade de Bartlett é significativo ($p < .001$), o que nos indica que a nossa matrix-R não é uma matriz de identidade, pelo que as relações entre os itens existentes no nosso instrumento são relações que desejamos incluir.

Dimensionalidade e consistência interna

Apesar dos autores do instrumento original terem proposto uma solução fatorial de 4 fatores para a sub-escala individual, salientaram que estes fatores contêm somente um pequeno número de itens pelo que a utilização do total da sub-escala individual é mais robusta e válida (Moorey et al., 2003). De acordo com esta indicação dos autores, de facto, consideramos que apesar dos itens nos parecerem adequados para avaliar as estratégias de *coping* para lidar com o cancro, os fatores adotados não são muito discriminatórios ou esclarecedores do tipo de estratégias de *coping* utilizadas. Como o objetivo da escala não é comparar as pontuações obtidas em diferentes fatores num único momento de avaliação, mas comparar a evolução do estado das estratégias de *coping* globais com a intervenção, optámos por não adotar fatores e utilizar somente os valores obtidos nas duas sub-escalas, individual e interpessoal.

A análise da consistência interna dos itens que compõem a escala foi realizada através do alfa de Cronbach. Esta análise englobou os resultados item a item, a correlação

do item com o total da escala (coeficiente corrigido) e o contributo do item para o alfa da escala, cujos valores se apresentam no quadro 3.

Quadro 3

Análise da consistência interna

Itens	Coeficiente corrigido	Coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item
A	.05	.81
B	.1	.81
1	.29	.8
2	.33	.79
3	.29	.80
4	.19	.80
5	.37	.80
6	.30	.80
7	.46	.79
8	.30	.80
9	.23	.80
10	.06	.81
11	.33	.80
12	.27	.80
13	.17	.80
14	.36	.80
15	.42	.79
16	.52	.79
17	.49	.79
18	.57	.79
19	.66	.78
20	.58	.78
21	.58	.78
Alfa		.80

Obteve-se um alfa de Cronbach de .80 para a escala completa. Ainda em relação à análise da consistência interna, a observação das correlações item-total corrigido, leva-nos a concluir que os itens se encontram relativamente bem correlacionados com a escala total, já que todos os itens apresentam correlações item-total corrigido acima de .30. Os itens apresentam correlações item-total corrigido que variam entre .05 (item A) e .66 (item 19), o que nos indica que cada item está a medir parcialmente o mesmo constructo subjacente, sem ser redundante com os demais itens. Através da observação dos resultados obtidos relativamente à contribuição de cada item para o valor de alfa de Cronbach, podemos constatar que não se observa que a remoção de algum item conduziria ao aumento significativo do valor do coeficiente global da escala (observando-se que retirar individualmente o item “A”, “B” ou “10” conduziria ao aumento o valor do coeficiente para .81), pelo que não consideramos pertinente colocar a hipótese dessa remoção.

Fidelidade Teste-reteste

As correlações teste-reteste foram positivas e altamente significativas, com a escala individual a apresentar uma correlação de Spearman de .59 ($p < .001$) e a interpessoal de .65 ($p < .001$).

Correlações entre o CCQ e as outras escalas

A correlação da sub-escala interpessoal do CCQ com a sub-escala de ansiedade da HADS foi de .23 ($p < .05$), não se verificando quaisquer outra correlação entre estas escalas.

Quanto à correlação das sub-escalas do CCQ e o CEC, observaram-se correlações negativas significativas de baixa magnitude, a saber: entre a sub-escala individual do CCQ e o total da CEC de -.19 ($p < .05$); entre a sub-escala individual do CCQ e o fator de raiva de -.19 ($p < .05$), e, por último, uma correlação negativa da sub-escala interpessoal do CCQ e o fator de raiva do CEC de -.2 ($p < .05$).

Encontraram-se correlações negativas significativas com algumas sub-escalas do QLQ C-30, a saber: entre ambas as sub-escalas do CCQ e a de funcionamento físico do QLQ C-30 ($r_s = -.37$, $p < .05$) e ($r_s = -.33$, $p < .05$); entre a sub-escala interpessoal e a de funcionamento de papel ($r_s = -.32$, $p < .05$), a de funcionamento cognitivo ($r_s = -.38$, $p < .05$) e a de funcionamento social ($r_s = -.42$, $p < .05$). Encontraram-se também uma correlação

positiva significativa entre a sub-escala interpessoal e a sub-escala de sintomas de dor $rS=.57$, $p<.001$, e negativa com a de dispneia $rS=-.35$, $p<.05$.

4.1.6 Discussão e conclusão

Os resultados obtidos com a aplicação do CCQ não obedecem a uma distribuição normal, o que se compreende por este instrumento avaliar as estratégias de *coping* adquiridas com intervenções da abordagem cognitivo-comportamental, sendo previsível que o uso dessas estratégias pelas doentes de cancro da mama que não receberam qualquer intervenção seja bastante díspar. Com os resultados pode-se verificar uma satisfatória distribuição e relação entre os itens da escala, bem como, uma boa consistência interna. Um resultado importante foi o relativo à fidelidade teste-reteste, devido aos objetivos do instrumento, que consiste na avaliação da evolução das estratégias de *coping* e dos efeitos das intervenções nestas estratégias, o que envolve diferentes aplicações. A este respeito, as correlações entre as duas aplicações da escala foram positivas e significativas, e, simultaneamente, não se trataram de correlações muito elevadas o que nos indica que a escala avalia estados e não traços, isto é, mostra-se sensível às alterações, conforme é esperado.

Quanto à validade concorrente, avaliada pela correlação com os resultados noutras escalas, obteve-se uma relação positiva baixa com a ansiedade, ao contrário do que seria de esperar do ponto de vista teórico, pois as participantes com mais estratégias de *coping* deveriam ser as com menor sintomatologia. No entanto, e como este também foi um resultado semelhante ao obtido pelo estudo original (Moorey et al., 2003), este resultado pode dever-se às participantes com maior ansiedade serem as que têm maior necessidade de mobilizar estratégias de *coping*, ou seja, quanto maior perceção de sofrimento existe mais as estratégias de *coping* aumentam, enquanto quando os níveis de ansiedade são menores não é tão necessário usar estratégias de *coping* conscientes. Pode-se aplicar a mesma leitura dos resultados à relação positiva com a sub-escala de sintomas de dor da QdV, bem como, às relações negativas encontradas com várias sub-escalas funcionais da QdV. Somente o sintoma de dispneia não apresenta este padrão de relação, apresentando uma relação negativa com a sub-escala interpessoal, demonstrando que as participantes que usam mais estratégias de *coping* interpessoais são as que apresentam menos dificuldades respiratórias. No que se refere à relação com o controlo emocional, confirmou-se uma

relação negativa, o que também pode ser explicado, à semelhança da relação com a sintomatologia e às sub-escalas funcionais de QdV, por as doentes que apresentam menor controlo emocional, especialmente da emoção de raiva, poderem ser as que têm maior necessidade de mobilizar estratégias de *coping*. Esta escala apresenta-se, então, bastante relacionada com os outros instrumentos de avaliação utilizados.

Com a análise da distribuição das respostas, das relações entre os itens, da dimensionalidade, da consistência interna, da correlação entre os resultados das duas aplicações e as correlações com outras escalas pretendeu-se analisar as características psicométricas do Questionário de Formas de Lidar com o Cancro, que consiste num instrumento de 21 itens, desenvolvido com o intuito de avaliar as estratégias de *coping* adquiridas com intervenção psicológica de inspiração cognitivo-comportamental. Trata-se de uma escala de auto-resposta de fácil preenchimento, que apresenta boa consistência interna e fidelidade teste-reteste e apresenta resultados bastante correlacionados com os obtidos com outros instrumentos de avaliação desta população.

Os resultados obtidos indicam-nos que se trata de uma escala útil e válida para o objetivo de avaliação da evolução das estratégias para lidar com o cancro.

Futuras investigações deverão estudar a aplicação deste instrumento a outros tipos de cancro e a pacientes do sexo masculino, com vista à comparação das características psicométricas deste instrumento com outras populações.

4. 2 Estudo II – Validity study of the PHQ-9 Portuguese version in a sample of breast cancer women⁶

4.2.1 Abstract

Objective: The study aims to translate a well-validated English language depression scale into Portuguese and then validate it in Portuguese breast cancer patients. The specific objectives are to investigate the factor structure and assess the psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for use with breast cancer women, by the evaluation of the reliability and construct validity of the PHQ-9.

Methods: The first step includes translation, retroversion, inspection for lexical equivalence and content validity, and cognitive debriefing. Then we reproduce a principal component analysis. We explore the reliability and validity of the questionnaire. The validation uses a sample of 63 breast cancer Portuguese women of the Reach to Recovery Movement of the Portuguese Cancer League. A test-retest was conducted in 45 women, after 8 weeks. Construct validity, using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire with the Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module (EORTC QLQ-C30 and BR-23), were calculated.

Results: The Portuguese PHQ-9 has adequate internal consistency (Chronbach's alpha = .86) and test retest reliability (Intraclass correlation coefficient, .87). It also has good construct validity, as overall scores and severity levels show to be strongly associated with functional and symptoms sub-scales.

Conclusions: The validation process of the Portuguese PHQ-9 version shows metrics properties similar to those in international studies, suggesting that it measures the same constructs, in the same way, as the original PHQ-9 form.

Key-words: breast neoplasm; psychometric evaluation; PHQ-9; depressive symptoms; Portuguese women.

⁶ Este estudo está em processo de submissão a uma revista internacional com revisão de pares, com a seguinte referência: Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S. & Albuquerque, E. (2013). *Validity study of the PHQ-9 Portuguese version in a sample of Breast cancer women*. Manuscrito em preparação para publicação.

4.2.2 Introduction

Depression is the greatest cause of incapacity in the world according to World Health Organization (Murray & Lopez, 1996). Given the high prevalence and its consequences to the general population, this mental illness is considered to be one of the priority goals of the National Health Plan, concerning the need to an integrative assessment and management approach in the scope of mental illness (Ministério da Saúde [Health Ministry], 2004).

The lifetime-prevalence rates for major depressive disorder in the general population is high, about 16.6% (Kessler, Chiu, Demler, Walters, 2005), and prevalence rates in cancer patients is even higher (Hinz et al., 2010; Van't Spijker, Trjsburg & Duivendoorden, 1997), ranging from 0% to 38% for major depression and 0% to 58% for depression spectrum syndromes (Massie, 2004). Accordingly to this author, Massie (2004), breast is one cancer highly associated with depression (1.5%-46%). Depression has impact on quality of life and in satisfaction with and in participation in medical treatment (Bui, Ostir, Kuo, Freeman & Goodwin, 2005; Skarstein, Aass, Fossa, Skovlund & Dahl, 2000). Despite these facts, depression is often overlooked (Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins & Saul, 2001) and untreated in oncology practice, especially when it is most needed (Söllner et al., 2001; Passik et al., 1998).

Use of case-finding instruments for detecting depression is strongly suggested (Mitchell, 2007). There are a number of instruments to detect depression symptoms, although the Patient Health Questionnaire depressive module (PHQ-9) is half the length of many other depression measures and has comparable sensitivity and specificity.

The Patient Health Questionnaire (PHQ; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) is a self-report instrument developed to screen for psychiatric disorders in primary care and assess eight specific disorders based on DSM-IV (APA, 2002) criteria. It was validated in primary care patients and it has been used with cancer patients (Ell et al., 2007; Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). The nine items for depression (PHQ-9) and the 22 items for anxiety disorders may easily be translated into oncology settings, unlike the modules for somatoform disorder and eating disorders (Pirl, 2010). The diagnostic validity of PHQ has been established in studies involving a large number of patients (Spitzer et al., 1999; Spitzer, Williams, Kroenke, Hornyak & McMurray, 2000).

The PHQ-9 consists on depression module with nine items of the full PHQ, which scores each of the 9 DSM-IV criteria as “0” (not at all) to “3” (nearly every day). It can be scored both categorically to give likely diagnoses and continuously to give level of symptoms, whereupon to meet criteria for a probable diagnosis of major depression, patients must endorse having the two items for low mood and anhedonia and at least five other symptoms for “at least half of the time” or more, consistent with DSM-IV criteria (Pirl, 2010). As a severity measure, the PHQ-9 score can range from 0 to 27, with high scores being related to greater severity of depression (Kroenke et al., 2001). It also includes an item at the end asking patients who checked off any problems on the questionnaire: “How difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?”. Regarding psychometric characteristics, the internal consistency is excellent, with a Chronbach’s alpha of 0.89 in the PHQ Primary Care Study and 0.86 in the PHQ Obstetric-Gyneacological Study (Kroenke et al., 2001). Different studies (Lee, Schulberg, Raue & Kroenke, 2007; Cameron, Crawford, Lawton & Reid, 2008) found good internal consistency reliability. The test-retest reliability has been reported with a Correlation Coefficient from .71 (Omoró, Fann, Weymuller, Macharia & Yueh, 2006) to 0.92 (Pinto-Meza, Serrano-Blanco, Penarrubia, Blanco & Haro, 2005). Convergent validities was also found, from .56 (Lotrakul, Sumrithe & Saipanish, 2008) to .74 (Changsu et al., 2008). A meta-analysis of Gilbody, Richards, Brealey and Hewitt (2007) found a high sensitivity (0.80) and specificity (0.92). A systematic review of Wittkampff, Naeije, Schene, Huyser and van Weert (2007) found a PHQ-9 sensitivity of 0.77 (0.71-0.84) and a specificity of 0.94 (0.90-0.97). We find studies with sensibilities determination from .5 (Carballeira et al., 2007) to 1 (Osório, Mendes, Crippa & Loureiro, 2009), and with specificities from to .76 (Carballeira et al., 2007) to .98 (Yeung et al., 2008; Osório et al., 2009). More recently in a systematic review, Kroenke, Spitzer, Williams and Löwe (2010) reaffirm that PHQ-9 have good sensitivity and specificity for detecting depressive disorders, as well as, have good sensitivity to change, which lead to the conclusion that this is a brief well-validated measure for detecting and monitoring depression. It was also reaffirmed in this study the PHQ-9 cut points of 5, 10 and 15 to mild, moderate and severe symptom levels.

Several PHQ-9 versions were validated in different samples and with diverse languages and cultural contexts, demonstrating proprieties that affirm it as a reliable scale

to assess depressive symptoms, namely the following: primary health care (Cameron et al., 2008; Osório et al., 2009; Liu et al., 2011; Yu, Tam, Wong, Lam & Stewart, 2012; Diez-Quevedo, Rangil, Sanchez-Planell, Kroenke, Spitzer, 2001); students (Adewuya, Ola & Afolabi, 2006; Granillo, 2012); elderly population (Changsu et al., 2008) and different languages and cultures as Brazilian (Osório et al., 2009), Thai (Lotrakul et al., 2008), Greek (Karekla, Pilipenko & Feldman, 2012), Saudi Arabia (Becker, Zaid & Faris, 2002), Taiwanese (Liu et al., 2011), Chinese (Yeung et al., 2008), Korean (Changsu et al., 2008), Spanish (Diez-Quevedo et al., 2001), Mexican (Donlan & Lee, 2010), French (Carballeira et al., 2007), Nigerian (Adewuya et al., 2006), Turkish (Güleç, Güleç, Şimşek, Turhan, & Sünbül, 2012) and Japanese (Yu et al., 2012). Despite its strong psychometric properties and widespread use in primary care, there is scarcity of information when used in cancer patients, as it was concluded in the major recent review of screening questionnaires for psychological distress in cancer patients (Vodermaier, Linden & Siu, 2009). The few studies reported, however, presents good psychometric properties of this scale with this population. For instance, even the original validation encloses obstetrics and gynecology patients and found to have strong psychometric proprieties (Kroenke et al., 2001). The PHQ-9 also demonstrated adequate reliability as well as concurrent and divergent validity in a study of head and neck cancer patients (Omoró et al., 2006) and in a study that used a touch screen computerized version of the questionnaire with 342 cancer patients (Fann et al., 2009). A more recent study (Johns et al., 2013) found an internal consistency of .81 and good correlations with other measures of depressive symptoms, which lead them to affirm it as a reliable and valid depressive measure in adults with cancer, as well as, a useful measure for monitoring depression therapy and outcomes in this population.

The purpose of this study is to assess the psychometric properties of the Portuguese version of the PHQ-9 for use with breast cancer women. This study intends to evaluate the reliability, the sensitivity to change and the construct validity of the PHQ-9 in a Portuguese Breast Cancer women sample.

4.2.3 Method

Sample

The participants of the study, 63 breast cancer women, were recruited from the Reach to Recovery Movement of the Portuguese Cancer League (Mean age= 60.46,

SD=10.88, Min=30, Max=85). To be eligible to participate, patients had to be adult (older than 18 years) and have breast cancer diagnosis history. Patients were excluded if they had psychotic disorder, neurological disease or substance abuse that might compromise their ability to complete the questionnaires, or if they declined to participate voluntarily after informed consent. Also, we excluded those patients who did not answer more than 50% of the assigned questionnaires.

The majority of the sample is married (81%), are graduated (31.7%) and are retired (85.7%). Regarding the clinical characteristics, the sample are composed by survivors (88.9%) and patients in the treatment phase (11.1%), who the majority: self-detected their cancer (39.7%); realized mastectomy (73%); did axillary lymph node dissection (58.7%), chemotherapy (68.3%) and did not radiotherapy (54%). Just 11.1% had cancer recurrence. All demographic and clinical variables are detailed in Table 1. Forty five women participated in the test retest study, after 8 weeks. 2 women didn't answer completely to the questionnaires used for study the construct validity.

Table 1
Sociodemographic and clinical variables

Sociodemographic variables	n=63
Age	
Mean; SD	60.46; 10.88
Min-máx	30-85
Marital Status	n(%)
Single	3 (4.8)
Married	51 (81)
Divorced	3 (4.8)
Widow	6 (9.5)
Clinical variables	n (%)
Detection of cancer type	
Self-examination	25 (39.7)
Other	12 (19)
Screening tests ordered by the doctor	10 (15.9)
Screening by the Portuguese Cancer League	8 (12.7)
Examination/palpation performed by the physician in consultation routine	10 (15.9)
Type of surgery performed	
Mastectomy	46 (73)
Lumpectomy	6 (9.5)
Quadrantectomy	5 (7.9)
Double mastectomy	3 (4.8)
Quadrantectomy + Mastectomy	2 (3.2)

Type of treatment	
Radiotherapy	29 (46)
Chemotherapy	43 (68.3)
Hormone therapy	31 (49.2)
Axillary dissection	37 (58.7)

n= sample number, SD= Standard Desviation

Procedures

Measures

The questionnaire covered the sociodemographic information, as age, gender, marital status and study cycle, as well as, the depressive symptoms and the quality of life. Cancer-specific variables included treatment status (on or off treatment), way of cancer detection and type of treatments received.

Depressive symptoms were measured by two measures, the PHQ-9 (in study on this work) and the Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS] (Zigmond & Snaith, 2003). HADS consists of two subscales, one measuring anxiety, and one measuring depression, both with seven items, which are scored separately. Each item is answered by the patient on a 4-point (0 – 3) response category so the possible scores ranged from 0 to 21 for anxiety and 0 to 21 for depression. The HADS manual indicates that a score between 0 and 7 is “normal”, between 8 and 10 “mild”, between 11 and 14 “moderate” and between 15 and 21 “severe”. Zygmund and Snaith (2003) posit a score of 11 or higher indicating probable presence (“caseness”) of a mood disorder and a score of 8 – 10 being just suggestive of the presence of the respective state. The original version, as does the Portuguese version (Pais-Ribeiro et al., 2007) both present adequate psychometric characteristics.

The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 [EORTC QLQ-C30] (Aaronson et al., 1993) was used to assess the QOL. It is a 30-item questionnaire, twenty-four of the items constitute nine multi-item scales and six items are single-item symptom measures. The scales are constructed by summation of the scores on the items. Multi-item subscales and single items intent to reflect the multidimensionality of the QOL construct, namely: five functional subscales (physical, role, cognitive, emotional, and social); a global health/QOL subscale; three symptom subscales (fatigue, pain, and nausea/vomiting); and single items for the assessment of additional symptoms commonly reported by cancer patients (dyspnoea,

appetite loss, sleep disturbance, constipation, and diarrhea); one more item related to the perceived financial impact of cancer and cancer treatment. All the items scales are scored on 4-point Likert type scales ranging from 1 'not at all' to 4 'very much', except the two items of the global health/quality of life subscale, that uses a modified 7-point linear analogue scales. A high score for functional scales and global health status/QOL represents high/healthy level of functioning and quality of life, in opposition to symptom subscales and single items. The original version, as does the Portuguese version (Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008) of EORTC QLQ-C30 both present adequate psychometric characteristics.

Statistical Analysis

All statistical analysis were conducted with SPSS, version 19.0. We adhered to the classical test theory to examine the reliability and validity of the PHQ-9, guided for Carretero-Dios & Pérez (2007), and similarly to Kenyan validation of Omoro and colleagues (2006). Reliability was established by assuring both internal consistency and test-retest reliability. Patients were asked to return for a re-administration of the questionnaires 8 weeks after the original administration. The validity was evaluated by the construct validity. We hypothesized that higher PHQ-9 scores are related to lower functional scales of quality of life and higher symptoms (evaluated by HADS and QLQ C-30 symptoms subscales). It was adopted the suggested cut off points adopted for the original authors, to identify minimal (0-4), mild (5-9), moderate (10-14), moderately severe (15-19) and severe (20-27) depression severity. Construct validity of the PHQ-9 as a measure of depression severity was assessed by examining functional sub-scales and symptoms sub-scales (evaluated by HADS, QLQ C-30 and suppl. BR-23) over the 5 PHQ-9 intervals. To test the differences of the 5 groups of severity on the quality of life we opted for a Jonckheere-Terpstra test, which is a test similar to Kruskal-Wallis but it incorporates information about whether the order of the groups is meaningful. To study the differences of depression severity levels evaluated with PHQ-9 on the scores of HADS we use two methods. We use the Jonckheere-Terpstra test to study the differences between the 5 groups of severity of PHQ-9 on HADS continuous score result. In parallel, in order to evaluate the differences of the 5 groups of severity of PHQ-9 on the 4 depression levels evaluated by the HADS, we opted for use the Pearson's chi-square test. We used the 4

groups suggested by the HADS authors of severity of depression: normal (0 to 7); mild (8 to 10); moderate (11 to 14) and severe (15 to 21).

Adaptation to Portuguese language

The translation used a two-person English-Portuguese translation, a two-person retroversion and a discussion group to achieve full consensus for the lexical and cultural equivalence. Content validity analysis was performed by two psychologists. After lexical equivalence and content validity were defined, a cognitive debriefing analysis was performed with subjects from the lower educational levels and from the oldest groups of potential patients. After the final version was defined, we chose a face format for the questionnaire identical to the original (see Appendix F).

4.2.4 Results

Translation

Translation of the PHQ-9 resulted in a questionnaire that was not significantly different visually and conceptually from the original English version (Appendix F). The main challenge encountered in the translation process was in the levels of the rating scale, because the translation of the third level, “more than half the days”, corresponds to an expression not used in Portuguese. Although, all sentences of levels and questions of the English version of the questionnaire was maintained.

Diagnostic results

PHQ-9 scores ranged from 0-27, with a mean score of 4.92 (SD= 4.63). The majority (53.1%) presents scores which indicate minimal depression severity symptoms, 34.4% present mild severity, 9.4% moderate and 1.6% severe.

Reliability

Chronbach's alpha was performed to identify the internal consistency of the scale. A good Chronbach alpha of .86 was found. We can also observe that none of the items correlates less than .52 with the total score (above the required minimum of .30), as well as, none of the items would affect reliability if they were deleted (see Table 2).

Table 2
Reliability analysis

Items	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	.52	.85
2	.60	.84
3	.53	.85
4	.75	.82
5	.55	.85
6	.55	.84
7	.65	.86
8	.56	.84
9	.62	.84
alpha		.86

Test-retest

In order to inspect test-retest correlation, we did two applications, with an interval of 8 weeks, for 45 breast cancer women. The intra-class correlation coefficient was excellent (ICC= .87). The observation of the graph (see fig. 1) also shows this relation visually.

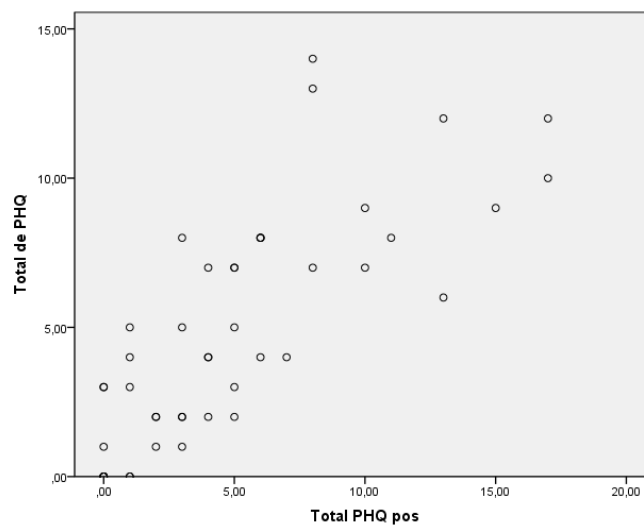


Fig. 1 Test retest relation

Construct validity

Examining the PHQ-9 as a continuous variable, its correlation with sub-scale of depression of HADS was .46 ($p < .001$). It also correlates significantly with sub-scale of anxiety of HADS, .42 ($p < .001$). This data can indicate that PHQ-9 has also sensitivity to anxiety states.

PHQ-9 also presented significant correlations with some sub-scales of EORTC QLQ-C30 and Supl. BR-23, namely negative correlation with: role functioning ($r_s = -.29$, $p < .05$), emotional functioning ($r_s = -.51$, $p < .001$), cognitive functioning ($r_s = -.31$, $p < .05$), sexual enjoyment ($r_s = -.47$, $p < .05$) and future perspective ($r_s = -.36$, $p < .05$). It was also obtained the significant positive correlations with the following sub-scales: fatigue ($r_s = .52$, $p < .001$), constipation ($r_s = .29$, $p < .05$), systemic therapy side effects ($r_s = .33$, $p < .05$), breast symptoms ($r_s = .53$, $p < .001$) and arm symptoms ($r_s = .35$, $p < .05$).

It is shown in the following tables the associations between increasing PHQ-9 depression severity scores and EORTC QLQ C-30, BR-23 and depression and anxiety severity of HADS.

Table 3
Relationship between PHQ-9 depression severity levels and QLQ C-30 functional scales

Level of Depression Severity, PHQ-9 Score	EORTC QLQ C-30 Scores					
	Global health status	Functional scales				
		Physical functioning	Role functioning	Emotional functioning	Cognitive functioning	Social functioning
		(n, M, Md)				
Minimal 0-4	61, 70.49, 75	60, 83.44, 86.67	57, 88.01, 100	61, 76.09, 83.33	59, 83.05, 83.33	61, 92.62, 100
Mild 5-9	22, 68.94, 70.84	21, 82.86, 86.67	20, 89.17, 91.67	22, 70.08, 75	21, 78.57, 83.33	22, 92.42, 100
Moderate 10-14	6, 54.17, 54.17	6, 80, 83.33	5, 66.67, 66.67	6, 59.72, 58.33	5, 66.67, 66.67	6, 77.76, 91.67
z	-1.46	-.60	-2.03	-3.47	-2.76	-1.69
p	.15	.55	.04	.00	.00	.09

n= number of participants, M= Mean, Md= Median, z = z-core of Jonckheere-Terpstra test, p= significance level

Table 4

Relationship between PHQ-9 depression severity levels and QLQ C-30 symptoms scales

Level of Depression Severity, PHQ-9 Score	EORTC QLQ C-30 Scores								
	Symptom scales / items								
	Fatigue	Nausea and Vomiting	Pain	Dyspnoea	Insomnia	Appetite loss	Constipation	Diarrhoea	Financial difficulties
	(n, M, Md)								
Minimal 0-4	60, 22.40, 22.22	59, 3.11, 0	59, 16.38, 16.67	60, 3.89, 0	60, 28.89, 33.33	60, 10.56, 0	61, 16.39, 0	61, 1.64, 0	61, 11.48, 0
Mild 5-9	21, 29.10, 22.22	21, 0, 0	20, 17.50, 16.67	21, 4.76, 0	21, 28.57, 33.33	21, 4.76, 0	22, 13.63, 0	22, 0, 0	22, 12.12, 0
Moderate 10-14	6, 38.89, 44.44	5, 30, 0	6, 30.56, 25	6, 16.67, 16.67	6, 55.56, 66.67	6, 44.44, 33.33	6, 55.56, 50	6, 0, 0	6, 33.33, 16.67
z	3.68	1.02	1.5	2.80	1.72	1.91	2.40	1.57	1.66
p	.00	.31	.12	.01	.09	.06	.02	.12	.10

n= number of participants, M= Mean, Md= Median, z = z-core of Jonckheere-Terpstra test, p= significance level

Table 5
Relationship between PHQ-9 depression severity levels and BR-23 scales

Level of Depression Severity, PHQ-9 Score	EORTC BR-23 Scores							
	Functional scales				Symptom scales / items			
	Body image	Sexual functioning	Sexual enjoyment	Future perspective	Systemic therapy side effects	Breast symptoms	Arm symptoms	Upset by air loss
	(n, M, Md)				(n, M, Md)			
Minimal 0-4	60, 82.92, 91.67	55, 20.30, 16.67	25, 46.67, 33.33	61, 57.92, 66.67	58, 15.35, 9.52	61, 21.18, 16.67	59, 20.53, 11.11	12, 30.56, 33.33
Mild 5-9	22, 80.68, 91.67	19, 16.67, 0	8, 45.83, 33.33	22, 46.97, 33.33	21, 17.91, 14.29	22, 26.14, 25	21, 26.98, 22.22	4, 8.33, 0
Moderate 10-14	5, 61.67, 58.33	6, 11.11, 8.33	2, 16.67, 16.67	6, 33.33, 0	4, 27.38, 33.33	6, 37.5, 37.5	6, 33.33, 16.67	1, 66.67, 66.67
z	-2.16	-2.12	-1.65	-2.51	2.24	3.82	2.02	-0.5
p	.03	.03	.09	.01	.03	.00	.02	.56

n= number of participants, M= Mean, Md= Median, z = z-core of Jonckheere-Terpstra test, p= significance level

In the Table 3 it is possible to observe that there are significant differences between severity groups regarding role functioning, emotional functioning and cognitive functioning. It can be also be observed that the sign of the z-value is negative, indicating a trend of decreasing medians with the increment of depression severity. Several significant differences are also observed in severity groups regarding symptoms, namely, fatigue, dyspnoea and constipation, as shown in Table 4. In this case, the sign of the z-value is positive, indicating a trend of ascending medians with the increment of depression severity. The same pattern of significant differences between groups is observed for quality of life breast cancer module in the Table 5 as it was in the tables 3 and 4 with general QLQ C-30. Just one functional scale (future perspective) and one symptom scale (upset by air loss) do not present results significant differences for severity groups. The sign of z-value is the same as observed for functional and symptoms scales of QLQ C-30 measure, indicating a trend of ascending medians with the increment of severity for functional scales and a trend of decreasing medians for symptoms scales.

Table 6

Relationship between PHQ-9 depression severity levels and HADS severity levels

Level of Depression Severity, PHQ-9 Score	HADS levels	
	Anxiety	Depression
	(n, Md, Mo)	
Minimal 0-4	33, 0, 0	33, 0, 0
Mild 5-9	22, 0, 0	21, 0, 0
Moderate 10-14	6, 1.5, 2	5, 1, 0 ^a
χ^2	11.86	16.77
Df	6	4
p	.07	.00

n= number of participants, Md= Median , Mo= Mode, χ^2 = Pearson chi-square test, p= significance level

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown.

The relationship of depression levels of PHQ-9 and levels of HADS shows that PHQ-9 groups differs significantly on depression levels of HADS, but not on anxiety levels of HADS.

Table 7

Relationship between PHQ-9 depression severity levels and HADS quantitative scores

Level of Depression Severity, PHQ-9 Score	HADS continuo Scores	
	Anxiety	Depression
	(n, M, Md)	
Minimal 0-4	33, 5.3, 5	2.81, 2
Mild 5-9	22, 7.95, 7	4.47, 4
Moderate 10-14	6, 9.17, 10.5	7.4, 9
Z	2.78	2.75
p	.01	.01

n= number of participants, M= Mean, Md= Median, z = z-core of Jonckheere-Terpstra test, p= significance level

The relationship with HADS scores continuum shows that the severity groups of PHQ-9 are significant different for anxiety and depression, indicating a trend of ascending medians with the increment of severity.

Factorial validity

The authors of the original validation do not refer to the factorial analysis method used to identify the factorial structure of the scale. We performed exploratory factor analysis to identify the number of factors and the magnitude of the factorial loading, using a principal component analysis with Kaiser Normalization for the total of the patients (n= 63). We found a two-factor solution explaining 60.02 % of the variance. Although, all of items which presents loads above .40 on the second factor also presents loads higher on the first factor. Therefore, we opt for a single factor solution, which explains 48.42% of the variance. The factor analysis results also give us other information about the PHQ-9 proprieties. The determinant of the correlation matrix is .01 (greater than necessary value, .0001). The observation of the correlation matrix also leads us to conclude that all the items correlate fairly well with all other and none of the correlation coefficients are particularly large. The value of KMO for multiple variables, as a measure of sampling adequacy, falls into the range of being very good (.83), therefore we should be confident that factor analysis is appropriate for these data. The Bartlett's test of sphericity are

significant ($p < .001$), which indicate that R-matrix is not an identity matrix, so, there are relationships into variables adequate to study.

4.2.5 Discussion

In this study we completed a translation, test of reliability, construct validation and factorial validity of the Portuguese PHQ-9 depression scale in a breast cancer sample. Data provide evidence for the validity of the PHQ-9 as a brief measure of depression severity in breast cancer Portuguese women. A single factor solution explaining 48.42% of the variance was chosen. The majority of validations also assume a single factor and the theory which supported the scale construction also purpose a single factor. Reliability of .86 is exactly the same value obtained by the original study, which includes an obstetrics-gynecology cancer sample (Kroenke et al., 2001). This value is argued as excellent, because when the test is used for diagnostic or classification purposes, the minimum value advisable should be around .80 (Nunnally & Bernstein, 1995). This measure shows to have sensitivity to change, with a correlation of .84. This correlation is better than other versions used with cancer patients, for instance .71 obtained by the version of Omoro et al. (2006), but lower than versions used with other samples (Adewuya et al., 2006; Liu et al., 2011; Pinto-Meza et al., 2005).

Construct validity was established by the strong association between PHQ-9 scores and HADS and Quality of life scores. The results support our hypothesis, demonstrating that higher PHQ-9 scores are related to lower functional scales of quality of life and higher symptoms. Similarly to original validation (Kroenke et al., 2001), we verified a strong association between increasing PHQ-9 depression severity scores and worsening functional scales evaluated by QLQ C-30 and BR-23. We also obtained significant decreases for the scales that previous studies have shown should be most strongly related to depression, i.e. mental health (emotional functioning, cognitive functioning, future perspective) and role functioning. The association with symptoms sub-scales, especially with depression sub-scale of HADS, was also expected and showed the extent to which both instruments measure the same construct. In comparison to HADS, PHQ-9 is briefer and rather simple to answer and score. Other advantage of the PHQ-9 is its exclusive focus on the diagnostic criteria for DSM-IV depressive disorders.

Some limitations of the present study should be pointed out. The composition of the sample, which consisted exclusively of women, prevents the results from being generalized to other samples or to the general population. Accordingly, future studies involving different and larger samples are still necessary. Samples with higher levels of depression severity are still necessary too. The data are limited to self-report. It would be interesting to have external data that could be used, as a structured interview, to determine the sensibility and specificity of the measure.

To our knowledge, this is the first study to study the PHQ-9 in Portuguese cancer patients. Other studies with cancer patients are encouraged. As main implication to the research and clinical practice, this study contributes to the provision of an instrument that has characteristics (namely brevity, psychometric characteristics and diagnostic potential) that affirms it as useful for application in assessment and emotional screening of cancer patients.

4.3 Estudo III – Descrição de um programa de intervenção de grupo psicoeducativo para sobreviventes de cancro da mama: uma proposta para a prática clínica⁷

4.3.1 Resumo

Introdução. Uma parte não negligenciável das sobreviventes de cancro da mama, em exponencial crescimento, apresenta sintomatologia psicopatológica e pode apresentar comprometimento da qualidade de vida ou de domínios da qualidade de vida. A intervenção de grupo é uma possibilidade de intervenção que apresenta várias vantagens, entre as quais o custo-benefício. Existem poucos estudos de eficácia da intervenção de grupo psicopedagógica em sobreviventes de cancro da mama, contudo, existe alguma evidência de que têm benefícios para esta população.

Método. Foi utilizada uma amostra de 30 participantes mulheres sobreviventes de cancro da mama, pertencentes ao “Movimento Vencer e Viver”, do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro e da Unidade de Senologia do Hospital de Braga. Foi selecionada a amostra, desenvolveu-se e aplicou-se um protocolo psicopedagógico de grupo de 8 sessões semanais a um grupo de 16 mulheres, equivalente a um grupo de controlo sem intervenção (n=14). O impacto da intervenção foi analisado com base na avaliação, no início e no final da intervenção, das seguintes variáveis: *coping* (CCQ), sintomatologia ansiosa e depressiva (HADS) e qualidade de vida (EORTC QLQ C-30). É apresentada a descrição dos procedimentos de intervenção.

Resultados. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas do início para o fim no grupo com intervenção psicopedagógica, nas variáveis avaliadas. O grupo de controlo apresentou deterioração significativa na função cognitiva e na dor, do pré para o pós teste. **Conclusão.** O presente estudo contribui com a descrição de um programa de intervenção psicopedagógica e a avaliação de eficácia preliminar. Os resultados levam-nos a concluir que este tipo de intervenção pode ser útil pelo menos para impedir deterioração da qualidade de vida, nomeadamente da função cognitiva e da dor.

⁷ Este estudo está em processo de submissão a uma revista internacional com revisão de pares, com a referência: Torres, A., Araújo, F., Pereira, A. & Monteiro, S. (2013). *Descrição de um programa de intervenção de grupo psicoeducativo para sobreviventes de cancro da mama: uma proposta para a prática clínica*. Manuscrito submetido para publicação.

Palavras-chave: Intervenção de grupo psicopedagógica, sobreviventes, cancro da mama

4.3.2 Abstract

Introduction. A significant proportion of breast cancer survivors, in exponential growth, presents psychopathological symptoms and may have compromised quality of life or quality of life domains. Group intervention is a possibility of intervention that presents several advantages, including cost-efficacy. There are few studies about efficacy of the psychoeducational intervention group in survivors of breast cancer, however, there is some evidence that it has benefits for this population.

Method. A sample of 30 participants women survivors of breast cancer was used, from the "Reach to recovery" of the Regional Center of the Portuguese Center of the Portuguese League Against Cancer and from the Senology Unit of Hospital of Braga. The sample was selected, a protocol of psychoeducational group intervention of 8 weekly sessions was developed and applied to a group of 16 women, equivalent to a control group without the intervention ($n = 14$). The impact of the intervention was assessed taking in to account the assessment, on the beginning and at the end of the intervention, of the following variables: coping (CCQ), anxiety and depression symptomatology (HADS) and quality of life (EORTC QLQ C-30 and BR 23). A description of the protocol intervention is given.

Results. No statistic significant differences were found from the beginning to the end in the psychoeducational intervention group, for the variables studied. The control group showed significant deterioration in cognitive function and pain, from pre to post test.

Conclusion. This study contributes to the description of a psychoeducational group intervention protocol and to a preliminary evaluation of its efficacy. Results lead us to the conclusion that this type of intervention can be useful at least to prevent deterioration of the quality of life, including cognitive functioning and pain.

Keywords: Psychoeducational group intervention, survivors, breast cancer.

4.3.3 Introdução

Os sobreviventes de cancro têm sido designados e definidos de forma diversa, verificando-se pouco consenso na definição deste conceito (Findley, 2007; Rendle, 1997). Alguns autores defendem que se deve considerar um sobrevivente de cancro desde o diagnóstico (Breaden, 1997; Ferrell & Dow, 1996; Little, Sayers, Paul & Jordans, 2000; Mullan, 1985), outros sugerem que a pessoa deve viver alguns anos livre da doença (Carter, 1993; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007a; Findley, 2007) e outros ainda adotam uma postura intermédia, assumindo que um sobrevivente o é a partir do momento em que existe remissão da doença (Feuerstein, 2007a). Para Feuerstein (2007b), o conceito de sobrevivência está em constante construção, em reflexo do conhecimento adquirido nesta área. Este campo de estudo encontra-se ainda no seu início, na infância (Feuerstein, 2007b), com a imaturidade própria da sua recente evolução (Doyle, 2008). Este autor estabelece que um sobrevivente é aquele que já completou a parte mais significativa dos tratamentos do primeiro diagnóstico de cancro e que “querem continuar a sua vida” (Feuerstein, 2007b, p.7). No âmbito deste trabalho, entendemos como sobreviventes de cancro da mama, os de longa duração, isto é, mulheres que foram diagnosticadas há 5 ou mais anos e se encontram em fase livre de doença.

Apesar do cancro da mama continuar a ser o que apresenta maior taxa de mortalidade na mulher Portuguesa (Direção Geral de Saúde, 2002), tem-se verificado variações desta taxa desde os anos 90 (Bastos et al., 2007; Direção Geral de Saúde, 2002), o que está relacionado muito provavelmente com a abrangência e eficácia das medidas de deteção e tratamento (Aziz, 2002; McKean, Feigelson & Ross, 2000). Verifica-se que existe uma crescente incidência de cancro da mama (Ferlay et al., 2010), sendo o que representa a maioria de sobreviventes (Feuerstein, 2007a; Ries et al., 1997, 2008).

Uma parte significativa e não negligenciável das sobreviventes de cancro da mama apresenta sintomatologia psicopatológica, maior do que a população normal, que pode comprometer a qualidade de vida ou alguns domínios da qualidade de vida (Andreu et al., 2011; Burgess et al., 2005; Deimling, Kahana, Bowman & Schaefer, 2002; Fallowfield et al., 1990; Hewitt, Greenfield, Stoval, 2005; Massie, 2004; Mehnert & Koch, 2008).

Tendo em consideração que esta população está em crescimento exponencial, torna-se evidente a necessidade de desenvolvimento de estratégias eficazes para promoção do ajustamento e da qualidade de vida desta população (Aziz, 2007a; Bloom, Kang,

Petersen & Stewart, 2007; Earle, 2006; Mols, Vingerhoets, Coebergh, & Van de Poll-Franse, 2005; Rowland & Bellizzi, 2008).

A intervenção de grupo, em comparação com a intervenção individual, apresenta várias vantagens, nomeadamente: apresenta melhor custo-benefício, fornece uma oportunidade de apoio social/emocional entre os doentes e potencia a autoestima por possibilitar o confronto com a capacidade de ajudar os outros membros do grupo (Spiegel et al., 1999), também fornece oportunidade para um *feedback* imediato e para observação das respostas psicológicas, emocionais e comportamentais dos doentes (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997), para além dos seus benefícios terem sido popularizados pelos *media* encorajando os pacientes a aderirem a estes grupos (Helgeson, Cohen & Schultz, 2001). A vantagem do custo-benefício deste tipo de intervenção é também enfatizada por outros autores (Bottomley, 1997; Drossel, 2008; Helgeson, Cohen & Schultz, 2001; Hollon & Shaw, 1979; Justo, 2001).

Que seja do nosso conhecimento poucos estudos têm estudado os efeitos das intervenções de grupo psicopedagógicas em sobreviventes de cancro da mama de longa duração. As intervenções psicopedagógicas individuais têm evidenciado resultados positivos ao nível das estratégias de *coping* (Rockson, 2002), de sintomas menopáusicos (Tremblay, Sheeran & Aranda, 2008), de recuperação de energia (Stanton et al., 2005) e na qualidade de vida destas sobreviventes (Loerzel, McNeese, Powel, Su & Meneses, 2008; Meneses et al., 2007; Meneses et al., 2009; Park, Bae, Jung & Kim, 2012; Pisu, Azuero, Meneses, Burkhardt & McNeese, 2011; Su, Meneses, Mcneese & Johnson, 2011).

Um programa de intervenção que inclui a psicoeducação, para sobreviventes de cancro, é o “Starting again”, no entanto, este também engloba o treino físico, para além da informação e das estratégias de *coping*, em 11 sessões de 2 horas (Berglund, Bolund, Gustafsson & Sjöden, 1994). Ainda assim, é de referir que este estudo encontrou, numa amostra com 199 doentes, em contraste com o grupo de controlo, um aumento significativo da avaliação de receção de informação, da força física e do espírito de luta. Outro programa, mais recente, é o “PACThe” (Accompanying women after breast cancer treatment completion in thermal resorts), de Kwiatkowski e colaboradores (2013), que engloba 2 semanas de intervenção educativa de grupo com treino físico, educação dietética e fisioterapia, para sobreviventes de cancro da mama de curta duração (que completaram quimio ou radioterapia há menos de 9 meses). Este programa difere dos que estudámos,

não só por incluir treino físico e fisioterapia, como também por não familiarizar as participantes com estratégias cognitivo-comportamentais. No entanto, este programa mostrou benefícios na qualidade de vida, ansiedade e depressão.

Os estudos de Fukui et al. (2000), Fukui, Koike, Ooba e Uchitomi (2003), Jones et al. (2013), Lethborg e Kissane (2003), Rosberger, Edgar, Collet e Fournier (2002), Simpson et al. (2002) e Simpson et al. (2001) estudaram intervenções psicopedagógicas de grupo em mulheres já no fim ou depois do fim dos tratamentos, com remissão da doença, ou seja, no nosso entender, em sobreviventes de cancro da mama, ainda que de curta duração. Helgeson et al. (2001) e Jones e colaboradores (2013) realizaram estudos com mulheres ainda em fase de tratamentos. E Dastan e Buzlu (2012) também estudaram este tipo de intervenção, mas não especificaram a fase da doença. Em síntese, podemos observar que estes estudos levam às seguintes conclusões acerca da intervenção de grupo psicopedagógica: é percebida pelas sobreviventes de cancro da mama como adequada e benéfica às necessidades que encontram, ainda que a maioria considere que deveria ser mais extensa do que 4 sessões (Lethborg & Kissane, 2003); contribui para a melhoria do humor e da qualidade de vida (Fukui et al., 2000; Simpson et al., 2001), nomeadamente do funcionamento físico e da dor (Helgeson et al., 2001), do vigor ou vitalidade (Fukui et al., 2000; Helgeson et al., 2001); para a redução de psicopatologia e de sintomas depressivos (Simpson et al., 2001); para a alteração das estratégias de *coping* (Rosberger et al., 2002; Dastan & Buzlu, 2012), nomeadamente para a procura de apoio social satisfatório (Fukui et al., 2003), para a promoção do espírito de luta (Fukui et al., 2000) e para a redução do uso de respostas de evitamento e para acentuar os padrões de resolução de problemas nas que já apresentam esta estratégia (Rosberger et al., 2002). Um dos estudos não encontrou diferenças do início para o final do estudo em sobreviventes (Simpson et al., 2002), ao nível do apoio social, e outro só encontrou diferenças no nível de conhecimentos acerca do período de transição e da preparação para regressar à vida normal (Jones et al., 2013). No quadro 1 esquematizamos, de forma sintética, estes estudos.

Quadro 1

Estudos de aplicação de programas psicopedagógicos a mulheres com cancro da mama

Autor	Ano	Desenho do estudo	N	Momentos de avaliação	Grupos	Tipo de intervenção	Resultados
Dastan e Buzlu	2012	RCT	76 mulheres com cancro da mama (não especificam fase da doença)	Pré-teste, 6 semanas, 6 M	2 Grupos: grupo de controlo e grupo experimental	8 sessões semanais de 90 minutos programa psicopedagógico. Grupo fechado.	Melhoria do espírito de luta, diminuição de desamparo, desesperança, preocupação ansiosa e fatalismo.
Fukui et al.	2000	RCT	46 mulheres que realizaram cirurgia há 4-18 meses a cancro da mama primário	Pré-teste, pós-teste e 6M	2 grupos: 1 grupo de controlo; 1 grupo experimental	6 semanas de intervenção de grupo psicopedagógica	O grupo experimental apresentou resultados significativamente mais baixos do que os controlos na perturbação total de humor e mais elevados no vigor, espírito de luta, até aos 6 meses. O grupo experimental também apresentou melhoria da qualidade de vida.
Fukui et al.	2003	RCT (segunda análise)	50 mulheres que realizaram cirurgia há 4-18 meses a cancro da mama primário	Pré-teste, pós-teste e 6M	2 grupos: 1 grupo de controlo; 1 grupo experimental	6 semanas de intervenção de grupo psicopedagógica	O grupo experimental apresentou resultados significativamente mais baixos do que o controlo na solidão e mais elevados no número e satisfação com os confidentes e apoio mútuo com estes.
Helgeson, Cohen, Schulz e Yasko	2001	RCT	312 mulheres em fase inicial de cancro da mama, 3 meses depois do diagnóstico	Pré-teste, Pós-teste, 6M, 1A, 2A, 43M/3.5A	4 grupos: 3 grupos com intervenção de grupo e 1 grupo de controlo	Intervenção de grupo durante 8 sessões semanais. Um grupo educativo, um de discussão de pares e um de educação e discussão de pares	Verificaram resultados de longa duração (3.5 anos) no grupo educativo, ao contrário dos outros 3 grupos, nos seguintes níveis: vitalidade, funcionamento físico e dor.
Jones et al.	2013	RCT	442 mulheres com cancro da mama na fase de tratamento	Pré-teste, 3M e 6M	2 Grupos: grupo de controlo e grupo experimental	CBOT programa psicopedagógico multidisciplinar de uma sessão de 2 horas	Aumento de conhecimento acerca do período de transição e da preparação para regressar à vida normal. Não se encontraram diferenças significativas no sofrimento emocional e no humor.

Autor	Ano	Desenho do estudo	N	Momentos de avaliação	Grupos	Tipo de intervenção	Resultados
Lethborg e Kissane	2003	Estudo piloto	35 mulheres com cancro da mama no final do tratamento	Uma avaliação qualitativa com obtenção de <i>feedback</i> da utilidade e aceitabilidade	1 grupo piloto	4 sessões semanais PATS de 90 minutos, grupos de 6 a 8 mulheres, com um facilitador	As participantes consideraram o PATS benéfico, adequado às necessidades e na fase da doença adequada, mas que devia ser mais longo.
Rosberger, Edgar, Collet e Fournier	2002	Fatorial	156 mulheres com cancro da mama no final dos tratamentos	Pré-teste e 4-6M	3 grupos: 1 grupo de controlo, 2 grupos experimentais	2 Workshops psicopedagógicos de um dia (1 focado no problema, 1 focado nas emoções)	Alteração das estratégias de <i>coping</i> .
Simpson, Carlson e Trew	2001	RCT	89 mulheres diagnosticadas com cancro da mama primário em estágio 0 a II, depois do fim dos tratamentos, com remissão da doença	Pré-teste, pós-teste, 1A, 2ª	2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo	6 semanas de intervenção de grupo psicopedagógica, com familiarização com estratégias cognitivo-comportamentais	O grupo com intervenção apresentou menos depressão e menor perturbação de humor total, menos sintomas psiquiátricos e melhor qualidade de vida do que o grupo de controlo no pós-teste e nos seguimentos até aos 2A. Também se verificou uma redução de custos, de 23%, no grupo com intervenção.
Simpson, Carlson, Beck e Patten	2002	RCT	89 mulheres com cancro da mama primário, estágio 0 a II, depois dos tratamentos, em remissão da doença	Pré-teste, 1 A e 2 A	2 grupos: grupo experimental e grupo de controlo	6 semanas de intervenção de grupo psicopedagógica, com familiarização com estratégias cognitivo-comportamentais	Sem resultados significativos ao nível do apoio social. Fortes associações entre ter um diagnóstico psicopatológico de eixo I e ter menor apoio social adequado em cada período de tempo.

Legenda: RCT: randomized control trial / Estudos aleatorizados, PATS: Post adjuvant treatment support program, CBOT: Getting back on track: Life after treatment

Outro estudo que conhecemos, com conteúdos psicopedagógicos para sobreviventes de cancro da mama, é o de Dolbeault et al. (2008, 2009), que também obteve benefícios terapêuticos ao nível de ansiedade, raiva, depressão, fadiga, vigor, relações interpessoais, funcionamento emocional e de papel e no estado de saúde percebido. Este programa, apesar de possuir características distintas da maioria dos programas de intervenção psicopedagógica, por realizar um treino sistemático de várias estratégias cognitivo-comportamentais, como a reestruturação cognitiva, a resolução de problemas e o relaxamento, possui informação que consideramos pertinente ter em consideração para a elaboração do programa a que se refere este trabalho.

Em Portugal, que seja do nosso conhecimento, foram realizados estudos preliminares na Universidade de Aveiro com uma versão preliminar do programa psicopedagógico que utilizámos, com amostras pequenas de sobreviventes de cancro da mama, de 6 (Gonçalves, 2012) e 13 sobreviventes de cancro da mama (Araújo, 2011). Apesar dos tamanhos amostrais reduzidos, verificou-se a aplicabilidade do programa, para além de se encontrarem benefícios como a melhoria dos sintomas ansiosos e depressivos, da fadiga, do funcionamento físico, cognitivo e emocional (Araújo, 2011). Também Chiquelho, Neves, Mendes, Relvas e Sousa (2006) estudaram um programa de intervenção psicopedagógico de grupo para doentes oncológicos em fase de crise, o ProDoentes. E Sousa (2007) estudou o ProFamílias, para doentes e familiares de doentes de cancro, em fase de tratamento, que demonstrou alcançar melhores níveis de ajustamento psicossocial, diminuição do *stress* familiar e flexibilização do funcionamento familiar. Autores como Sousa (2007) também constataam a lacuna de investigação em Portugal a este nível e sugerem que para suplantá-la se devem realizar estudos com a população na fase crónica da doença, ou seja, com sobreviventes.

Este estudo tem como objetivo contribuir para diminuir esta lacuna na literatura, apresentando um programa de intervenção psicopedagógica e os resultados preliminares obtidos com a sua aplicação em sobreviventes de cancro da mama.

4.3.4 Método

Amostra

Foram convidadas a participar mulheres sobreviventes de cancro da mama, pertencentes ao “Movimento Vencer e Viver”, do Núcleo Regional do Centro, da Liga

Portuguesa Contra o Cancro e da Unidade de Senologia do Hospital de Braga (n= 30). Foi realizada uma entrevista de seleção com as seguintes finalidades: recolher informações sócio-demográficas; avaliar os critérios de inclusão (mulheres diagnosticadas com cancro da mama maiores de 18 anos e em fase livre de doença) e avaliar os critérios de exclusão (perturbações psiquiátricas anteriores ao diagnóstico de cancro da mama; perturbações orgânicas cerebrais ou de dependência de droga/álcool; distúrbios cognitivos e outras condições que poderiam contraindicar a entrada num grupo, como história recente de tentativa de suicídio, inaptidão para participar em tarefas de grupo, severa incompatibilidade com um ou mais membros do grupo, acentuada falta de motivação para a mudança e frequência de outro tipo de psicoterapia simultânea).

Foram tidas em consideração diferentes indicações éticas para o tratamento das participantes, nomeadamente as da Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2000), da American Psychological Association (2010) e da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Regulamento n.º 258/2011 de 20 de Abril de 2011).

O programa desenvolvido pela nossa equipa foi testado, de forma preliminar, com 16 sobreviventes de cancro da mama, enquanto 14 participantes não foram sujeitas a qualquer intervenção, constituindo-se assim um grupo de intervenção e um grupo de controlo, respetivamente. Apesar da distribuição pelas duas condições não ter sido aleatória, pois constituiu-se o grupo de controlo por conveniência, os dois grupos amostrais mostraram-se homogéneos quanto às variáveis demográficas, clínicas e psicológicas. No Quadro 2 podem observar os resultados dos testes de comparação de diferenças, em que nenhum foi estaticamente significativo. Em relação aos resultados das variáveis dependentes também se verificou o mesmo, a saber: *coping* individual ($U=51.5$, $z= -.96$, $p= .34$); *coping* interpessoal ($U=53$, $z= -.63$, $p= .53$); ansiedade ($U=94.5$, $z= -.42$, $p= .68$); depressão ($U=74.5$, $z= -1.30$, $p= .19$) e estado global de saúde e qualidade de vida ($U=86.5$, $z= -.78$, $p= .43$).

O grupo de intervenção foi constituído por 16 participantes, com idades compreendidas entre os 49 e os 75 anos ($M=63.31$; $DP=7.53$). A maioria são casadas (87.5%), têm o 3º ciclo (37.5 %) ou formação universitária (37.5 %). Em relação às categorias profissionais, tendo em consideração a Classificação Nacional de Profissões do INE, de 1994, a maior percentagem (43.8 %, $n=7$) pertence ao pessoal administrativo e similares, sendo que a maioria está reformada (87.5 %). No que respeita ao número de anos

de diagnóstico, oscila entre os 5 e os 34 anos ($M=13.06$; $DP=6.74$), e ao número de anos de realização da cirurgia, estes oscilam entre os 4 e os 34 anos ($M=12.81$; $DP=6.88$). No que diz respeito às principais características clínicas das mulheres da amostra (Quadro 2), observou-se que os meios de deteção mais utilizados foram o autoexame realizado pela própria (43.8 %) e os exames de rastreio solicitados pelo médico (31.3%). Quanto ao tipo de cirurgia e de tratamento, a maioria das sobreviventes realizou mastectomia (62.5 %), hormonoterapia (56.3 %) e esvaziamento axilar (68.8 %). Metade realizou quimioterapia e a maioria não teve recorrência de cancro (81.3 %).

O grupo de controlo foi constituído por 14 participantes, com idades compreendidas entre os 52 e os 85 anos ($M = 63.92$; $DP = 9.11$). A maioria também é casada (78.6%, $n=11$). No que concerne à escolaridade, 35.7% tem formação universitária e 28.6% tem o 1º ciclo. Em termos de categorias profissionais, 42.9 % são técnicos e profissionais de nível intermédio, encontrando-se todas reformadas. Em termos de variáveis clínicas, as participantes detetaram o cancro principalmente através do autoexame (28.6 %). Em relação à cirurgia, a maioria realizou mastectomia (85.7 %). Quanto aos outros tratamentos, metade realizou esvaziamento ganglionar axilar, metade realizou radioterapia e a maioria realizou quimioterapia (64.3 %) e hormonoterapia (57.1 %). A maioria também não teve recorrência de cancro (92.9 %).

Quadro 2

Variáveis sociodemográficas e clínicas dos dois grupos amostrais

Variáveis sócio-demográficas e clínicas	Grupo de Intervenção $n=16$	Grupo de controlo $n=14$	Teste de diferenças
	Média; DP	Média; DP	Z
Idade	63.31; 7.53	63.92; 9.11	-.22
Anos desde diagnóstico	13.06; 6.74	9.57; 4.54	-1.55
Anos desde cirurgia	12.81, 6.89	9.85; 4.47	-1.26
Anos desde reconstrução	6; NA	8.5; 7.78	0
Número sessões radioterapia	27.8; 6.26	30.5; 7.45	-1.20
Número sessões quimioterapia	6.44; 3.68	6.11; 2.42	-.18

	n (%)	n (%)	χ^2
<i>Estado Civil</i>			1.23
Casada	14 (87.5)	11 (78.6)	
Divorciada	0 (0)	1 (6.3)	
Solteira	1 (6.3)	1 (6.3)	
Viúva	1 (6.3)	1 (6.3)	
<i>Habilitações Literárias</i>			5.22
1º Ciclo (1º-4º ano)	2 (12.5)	4 (28.6)	
2º Ciclo (5º-6º ano)	1 (6.3)	3 (21.4)	
3º Ciclo (7º-9º ano)	6 (37.5)	1 (7.1)	
Ensino Secundário (10º-12ºano)	1 (6.3)	1 (7.1)	
Formação Universitária	6 (37.5)	5 (35.7)	
<i>Categoria profissional</i>			12.37
Quadros superiores	2 (12.5)	0 (0)	
Especialistas de profissões intelectuais e científicas	2 (12.5)	0 (0)	
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2 (12.5)	6 (42.9)	
Pessoal administrativo e similares	7 (43.8)	2 (14.3)	
Pessoal dos serviços e vendedores	2 (12.5)	1 (7.1)	
Operários, artífices e trabalhadores similares	0 (0)	3 (21.4)	
Trabalhadores não qualificados	1 (6.3)	2 (14.3)	
<i>Meio de Detecção do Cancro</i>			4.68
Autoexame pela própria	7 (43.8)	4 (28.6)	
Exame realizado pelo médico em consulta de rotina			
Exames de rastreio solicitados pelo médico	0 (0)	1 (7.1)	
Rastreio LPCC	5 (31.3)	1 (7.1)	
Outro	2 (12.5)	2 (14.3)	
	2 (12.5)	4 (28.6)	
<i>Tipo de cirurgia realizada</i>			4.07
Mastectomia	10 (62.5)	12 (85.7)	
Quadrantectomia	2 (12.5)	2 (14.3)	
Tumorectomia	1 (6.3)	0 (0)	
Mastectomia dupla	2 (12.5)	0 (0)	
Quadrantectomia + Mastectomia	1 (6.3)	0 (0)	
<i>Tipo de Tratamento</i>			
Radioterapia	5 (31.3)	7 (50)	1.09
Quimioterapia	8 (50)	9 (64.3)	.62
Hormonoterapia	9 (56.3)	8 (57.1)	.08
Esvaziamento Axilar	11 (68.8)	7 (50)	1.09

Legenda: DP: desvio padrão, z: resultado do teste Mann-Whitney para amostras independentes, χ^2 : teste Chi-quadrado

Material

Instrumentos

Todas as participantes responderam voluntariamente aos seguintes questionários: questionário sociodemográfico; *Questionário de Formas de Lidar com o Cancro* (CCQ) de Moorey, Frampton & Greer (2003), versão Portuguesa de Torres, Pereira e Monteiro (No prelo); Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH) de Zigmond e Snaith (1983), versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al. (2007) e o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Investigação e Tratamento do Cancro (EORTC QLQ-C30) em conjunto com o módulo suplementar para cancro da mama (QLQ-BR23) de Aaronson et al. (1993), versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Pinto e Santos (2008).

O Questionário de Identificação e Caracterização Sociodemográfica permitiu recolher dados sobre a idade, a escolaridade, o estado civil, a situação profissional, a forma de deteção do cancro e o tipo de tratamentos realizados.

O CCQ é uma escala de autoresposta concebida para medir estratégias ensinadas na terapia psicológica adjuvante e noutras intervenções de inspiração cognitivo-comportamental para doentes oncológicos. O questionário é constituído por 21 itens, em duas subescalas, a escala individual (itens 1 a 14) e a interpessoal (itens 15 a 21), em que cada item é avaliado por uma escala de resposta de 4 níveis (1-4), de “nunca” a “muito frequentemente”. Quanto maiores as pontuações obtidas nas subescalas e fatores, mais estratégias de *coping* os respondentes revelam. No estudo de validação original do CCQ, encontrou-se uma boa consistência interna de 0.87 (nos itens da escala individual) e 0.82 (nos itens da escala interpessoal) para doentes com cancro da mama (Moorey et al., 2003). No estudo de validação para Portugal, encontrou-se uma boa consistência interna de 0.80 e a validade teste-reteste da subescala individual obtida foi de 0.90 ($n=25$, $p<0.001$) e de 0.84 ($n=19$, $p<0.001$) para a subescala interpessoal (Torres et al., No prelo).

A depressão e ansiedade foram avaliadas com a EADH. Esta escala é composta por uma subescala de ansiedade e uma subescala de depressão, ambas constituídas por sete itens. As respostas a cada item podem ser quantificadas numa escala tipo Likert, variando de 0 a 3, com os valores mais elevados a revelarem maior sofrimento psicológico. Assim,

cada item permite a escolha entre quatro opções de resposta, em que o paciente deve escolher aquela que corresponde à forma como se tem sentido durante a última semana. Cada subescala pode ter uma pontuação que varia entre 0 e 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e de depressão. Quanto ao grau de severidade, os autores apontam a seguinte classificação, quer para ansiedade quer para a depressão: valores entre 0-7 “normal”, 8-10 “leve”, 11-15 “moderada” e 16-21 “grave” (Zigmond & Snaith, 1983). Relativamente às qualidades psicométricas, apresenta um coeficiente de alfa de Cronbach de 0.76 para a subescala de ansiedade e de 0.81 para a subescala de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007).

O EORTC QLQ-C30 é um questionário de autorelato desenvolvido para avaliar a qualidade de vida (QdV) relacionada com a saúde de pacientes com doença oncológica. É apropriado para ser usado desde o momento do diagnóstico até à sobrevivência de longo prazo. O preenchimento demora cerca de 12 minutos (Fossa, Aass & Opjordsmoen, 1994). É constituído por 30 questões, distribuídas por quatro formulários, que contribuem para o resultado de 5 escalas funcionais (de funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e de papel), 3 escalas de sintomas (de fadiga, dor, náusea e vómitos) e para uma escala de avaliação da condição global (saúde e QdV). Estas questões contribuem também para o resultado das restantes 6 escalas, de um único item, que descrevem sintomas apresentados frequentemente por pessoas com cancro (de dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras). Os valores mais elevados nas escalas funcionais e na escala de estado de saúde ou QdV global indicam um melhor nível de funcionamento ou QdV, enquanto os valores mais elevados nas escalas de sintomas ou de um único item indicam um maior nível de sintomatologia ou problemas. A maioria dos itens é avaliada por uma escala tipo Likert de 4 pontos (“não”, “um pouco”, “bastante” e “muito”), com a exceção dos dois itens da subescala de Saúde global e QdV, que usam uma escala modificada analógica linear de 7 pontos (em que “1” é péssima e “7” ótima). A pontuação é padronizada e varia de 0-100, com uma pontuação mais elevada, indicando uma maior QdV. A escala de QdV global é uma medida breve e geral de QdV, com alta confiabilidade interna e validade preditiva. A versão Portuguesa apresentou um alfa de Cronbach para a escala de Saúde e QdV Global de .88 e valores a variar de .57 e .87 para as restantes subescalas, sendo a de funcionamento cognitivo e a de funcionamento emocional as que apresentaram os valores extremos (Pais-Ribeiro et al., 2008). Os valores obtidos de

correlação entre as duas aplicações do instrumento foram moderados, entre .16 e .31 para as subescalas funcionais e entre .21 e .39 para as escalas de sintomas, indicando que consiste numa medida de estado, ou seja, sensível às variações da qualidade de vida (Pais-Ribeiro et al., 2008). Segundo a organização que a desenvolveu, esta escala é o questionário central para avaliar a QdV de doentes com cancro (Fayers, Aaronson, Bjordal & Sullivan, 1997).

Procedimento de Intervenção

O Programa de Intervenção Psicoeducativa com Sobreviventes de Cancro da mama foi baseado noutros programas de intervenção psicoeducativa, em que também foram utilizadas estratégias cognitivo-comportamentais (cf. Helgeson et al., 2001; Fawzy, Fawzy & Canada, 2001; Edelman, Bell, & Kidman, 1999b; Dolbeault et al., 2008, 2009).

Objetivos da Intervenção

Os objetivos principais do programa elaborado são os seguintes: promover um estilo de vida saudável contra o cancro; desenvolver a posição de que o cancro é multifatorial; nomear fatores de risco que podem aumentar a probabilidade de desenvolver cancro da mama; expor alterações corporais que se encontram relacionadas com os tratamentos e o impacto que estas podem ter na autoestima da mulher e apresentar sugestões no sentido de lidar com as alterações e melhorar a autoestima; discutir formas de lidar com as alterações e listar soluções práticas; fornecer estratégias que visam o aumento da autoestima; abordar as dificuldades psicológicas que se encontram nas sobreviventes de cancro; fomentar a flexibilidade e a adaptação como forma de adaptação aos acontecimentos de vida; referência aos fatores de risco para o “sofrimento psicológico” em pacientes com cancro da mama; método de resolução de problemas, relaxamento, meditação e espiritualidade; lidar com a incerteza e com o medo de recorrência; comunicação nas relações interpessoais: a família, os amigos e colegas, os profissionais de saúde e os outros. Por último, foi feito o estabelecimento dos objetivos para o futuro. Foi realizada a avaliação dos objetivos pessoais, a avaliação do grupo e o preenchimento de questionários (pós-teste).

Aspetos Gerais da Intervenção

O Programa de Intervenção Psicoeducativa com Sobreviventes de Cancro da Mama foi constituído por 8 sessões semanais consecutivas, com a duração de aproximadamente uma hora e meia, e foi conduzido por dois terapeutas. Na primeira sessão do programa foram distribuídos *dossiers* para as participantes colocarem os materiais fornecidos pelos terapeutas que as acompanharam até ao final do programa. A informação apresentada ao longo das sessões foi facultada no final do programa a todas as participantes, bem como o material auxiliar com informação sintética das sessões, incluindo instruções de exercícios específicos para mulheres que foram sujeitas a cirurgia. Foi dada ênfase ao aumento do sentimento de controlo através da resolução de problemas e do estabelecimento de objetivos de vida. Para problemas específicos apresentados pelas pacientes, o grupo ajudou a explorar soluções ou a sugerir estratégias de *coping* adequadas. Os participantes também foram instruídos nas estratégias de comunicação eficazes e foi encorajada a comunicação assertiva com amigos, familiares, profissionais de saúde e outros. As participantes foram ainda motivadas para utilizar recursos de *coping* de que dispõem, incluindo interesses com amigos e familiares, bem como atividades de prazer. Este programa inclui ainda a familiarização com algumas estratégias cognitivo-comportamentais, como o relaxamento, a reestruturação cognitiva, a análise de custo-benefício, a meditação, a comunicação assertiva e o método de resolução de problemas.

Na tentativa de promoção de hábitos de vida saudáveis, foram utilizadas informações de vários autores que se dedicam ao estudo desta área. Utilizámos especialmente as implicações referidas por Demark-Wahnefried (2010), Guimarães et al. (2003); Hong, Holcomb, Dang, Porampornpilas e Nunez (2010); Ibipino et al. (2005); Rosenbaum (2008); Simões, Carneiro, Schmitt & Lopes (2007) e Stevinson, Campbell, Sellar e Courneya (2007). Também fizemos alusão às sugestões reunidas por Servan-Schreiber (2008). Esta última referência foi inclusivamente facultada às participantes, por se tratar de um livro de linguagem acessível às mesmas. Por forma a lidarem com as alterações corporais relacionadas com os tratamentos e melhorarem a autoestima, utilizámos particularmente as sugestões do programa de Dolbeault et al. (2008, 2009), mas diversificamos as atividades de promoção da autoestima, com base na fundamentação teórica sobre o conceito de autoestima contido em referências como Wells e Marwell (1976). No sentido de alertar para as dificuldades psicológicas encontradas em

sobreviventes de cancro e com vista a aprenderem a gerir emoções foram utilizadas especialmente as implicações Lent (2007) e Biegler, Chaoul e Cohen (2009). As estratégias de resolução de problemas foram adaptadas da terapia desenvolvida para pessoas com cancro por Nezu e Nezu (2007). Foram também integradas estratégias gerais de inspiração cognitivo-comportamental. Para melhor lidarem com a incerteza e com o medo de recorrência de cancro da mama utilizámos as implicações de Armitage et al. (2011), para além das de Dolbeault et al. (2008, 2009), em que a estrutura da sessão se baseou especialmente. No que respeita à comunicação nas relações interpessoais, foram utilizadas estratégias gerais de promoção de comportamento assertivo. Por último, para se tratar do estabelecimento de objetivos de vida, partimos do programa de Dolbeault et al. (2008, 2009).

Conteúdos de cada sessão

A primeira sessão consiste na apresentação do funcionamento do grupo. Nesta sessão é feita uma breve apresentação dos terapeutas, explicação das suas funções, recordação dos objetivos da intervenção, bem como explicação das regras de funcionamento. A apresentação individual de cada membro do grupo consiste na exposição do nome, algumas características gerais (idade, estado civil, ocupação), bem como, as motivações de participação no grupo. Por fim, é pedido que cada membro anote os problemas que têm surgido em diferentes fases da doença, bem como, a leitura das participações de cada membro.

A segunda sessão consiste na apresentação das causas do cancro. Esta sessão visa a promoção de um estilo de vida saudável contra o cancro; o desenvolvimento da posição de que o cancro da mama é multifatorial; a nomeação dos fatores de risco que podem aumentar a probabilidade de desenvolver cancro da mama e, por fim, o preenchimento de um questionário de autoavaliação do estilo de vida (de comportamentos de saúde de alimentação e de proteção solar, bem como de consumo de tabaco).

A terceira sessão consiste na exposição das alterações corporais que se encontram relacionadas com os tratamentos e o impacto que estas podem ter na autoestima da mulher. Neste sentido apresentam-se algumas sugestões no sentido de lidar com as alterações e melhorar a autoestima. De seguida é feita uma discussão de formas de lidar com as

alterações e listar soluções práticas. Por fim, são fornecidas estratégias que visam o aumento da autoestima.

A quarta sessão consiste na abordagem das dificuldades psicológicas encontradas em sobreviventes de cancro. Fomenta-se a flexibilidade e a adaptação como forma de adaptação aos acontecimentos de vida. Referem-se os fatores de risco para o “sofrimento psicológico” em pacientes com cancro da mama.

A quinta sessão consiste numa continuidade da quarta sessão e foca-se no método de resolução de problemas, no relaxamento, na meditação e na espiritualidade.

A sexta sessão objetiva lidar com a incerteza e com o medo de recorrência. Pois, na sequência da doença, as pessoas deparam-se frequentemente com pensamentos acerca da sua própria mortalidade, sentem medo de morrer, o que muitas vezes leva ao medo de reincidência, à tristeza e raiva de se sentir diferente dos outros. São ainda abordadas recomendações para gerir o medo de reincidência do cancro.

A sétima sessão foca-se na comunicação nas relações interpessoais: a família, os amigos e colegas, os profissionais de saúde e os outros. Num primeiro momento, aborda-se o processo geral de comunicação; posteriormente, a comunicação acerca da doença com as pessoas próximas e, por fim, a comunicação com os profissionais de saúde.

Por último, a oitava sessão consiste na conclusão do grupo e no estabelecimento dos objetivos para o futuro. É realizada a avaliação dos objetivos pessoais, a avaliação do grupo e o preenchimento de questionários (pós-teste).

Procedimentos estatísticos

Após a recolha dos questionários, os dados foram introduzidos no SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 19 para o Windows, e sujeitos às análises que permitiram retirar conclusões acerca da aplicabilidade e eficácia do programa de intervenção. Dadas as características da amostra (número reduzido de participantes) e os objetivos e hipóteses a testar, as análises realizadas recorreram a estatísticas não paramétricas. Com o objetivo de obter informações sobre as características da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas relativas às variáveis sociodemográficas e psicológicas. Com o intuito de testar a equivalência dos grupos utilizou-se o teste de U de Mann-Whitney para amostras independentes e o teste do qui-quadrado. Foi utilizado o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas no sentido de comparar as alterações do pré para o pós-teste em cada um dos

grupos. Para calcular o tamanho do efeito (r) utilizou-se o valor de z na seguinte fórmula $r = z / \sqrt{N}$ (Field, 2009). De acordo com Cohen (1988) os valores de .10, .24 e .37 são considerados tamanhos do efeito pequenos, médios e elevados, respectivamente. De referir ainda que se utilizou como referência um nível de significância de $p < .05$.

4.3.5 Resultados

Em relação às variáveis dependentes estudadas (estratégias de *coping*, sintomas psicopatológicos e qualidade de vida), podemos observar que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas do início para o final da intervenção no grupo sujeito a intervenção psicopedagógica (Quadro 3). No entanto, observou-se que o grupo de controlo apresentou deterioração significativa de uma escala funcional e de um sintoma avaliado pelo EORTC QLQ C-30. Observou-se que a função cognitiva apresentou uma diminuição do início ($Mdn = 91.67$) para o fim ($Mdn = 83.33$), $z = -2.45$, $p < .05$, $r = .50$, enquanto a dor, apresenta um aumento do início ($Mdn = 0$) para o fim ($Mdn = 16.67$), $z = -2$, $p < .05$, $r = .41$.

Quadro 3

Resultados no Pré e PósTestes do grupo psicoeducativo e do grupo de controlo

	Grupo com Intervenção				Grupo de Controlo			
	Pré <i>Mdn, M</i>	Pós <i>Mdn, M</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	Pré <i>Mdn, M</i>	Pós <i>Mdn, M</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<i>Coping</i> CCQ								
Subescala Individual	36, 35.93	35, 34.54	-.49 ^a	.62	31, 30.67	29, 28.9	-1.38 ^a	.17
Subescala Interpessoal	13.5, 14.14	10, 10.86	-1.78 ^a	.08	12, 12	9.5, 11.2	-.73 ^a	.46
Sintomatologia HADS								
Ansiedade	5.5, 6.12	5, 5.8	-.14 ^a	.88	7, 6.69	8, 8.83	-1.37 ^b	.17
Depressão	2.5, 3.12	2, 3.20	-.78 ^b	.44	5, 4.62	6.5, 7	-1.23 ^b	.22
Qualidade de Vida QLQ C30 BR23								
Estado Geral de saúde/QDV	66.67, 68.23	66.67, 63.33	-.64 ^a	.52	66.67, 74.36	62.5, 68.75	-.72 ^a	.47
Função física	86.67, 84.17	93.33, 84.44	-.11 ^a	.92	93.33, 87.69	83.33, 83.33	-1.39 ^a	.16
Função do papel	100, 87.5	100, 95.56	-1.51 ^b	.13	100, 93.93	100, 87.5	-1.51 ^a	.13
Função emocional	83.33, 78.65	83.33, 82.78	-.83 ^b	.41	83.33, 75.64	66.67, 68.93	-.26 ^a	.80
Função cognitiva	83.33, 88.54	83.33, 88.89	0 ^c	1	91.67, 84.72	83.33, 71.21	-2.45^{a*}	.01
Função social	100, 95.83	100, 96.67	-1 ^b	.32	100, 96.15	100, 86.11	-1.63 ^a	.10
Fadiga	16.67, 13.19	11.11, 14.07	-.38 ^b	.71	22.22, 25.64	27.78, 30.56	-.68 ^b	.50
Náusea e vômito	0, 6.25	0, 6.67	0 ^c	1	0, 1.39	0, 4.17	-1.41 ^b	.16
Dor	16.67, 15.63	0, 16.67	-.07 ^a	.94	0, 6.94	16.67, 11.11	-2^{b*}	.04
Dispneia	0, 4.17	0, 0	-1.41 ^a	.16	0, 5.13	0, 8.33	-1 ^b	.32
Insónia	16.67, 25	0, 13.33	-.91 ^a	.37	33.33, 25.64	33.33, 41.67	-1.41 ^b	.16
Perda do apetite	0, 2.08	0, 4.44	-1 ^b	.32	0, 7.69	0, 19.44	-1.63 ^b	.10
Obstipação	0, 10.41	0, 17.78	-1 ^b	.32	0, 17.95	0, 22.22	-.58 ^b	.56
Diarreia	0, 2.08	0, 2.22	0 ^c	1	0, 2.57	0, 2.78	0 ^c	1
Dificuldades financeiras	0, 8.33	0, 2.22	-1.41 ^a	.16	0, 2.57	0, 16.67	-1.63 ^b	.10
Imagem corporal	100, 91.67	100, 92.22	-.37 ^a	.71	83.33, 85.90	91.67, 84.03	-.42 ^a	.67
Função sexual	33.33, 25.56	33.33, 22.22	-1 ^a	.32	16.67, 16.67	8.33, 13.89	-.45 ^a	.66
Satisfação sexual	33.33, 46.67	33.33, 40.74	-1 ^a	.32	33.33, 33.33	33.33, 33.33	-1 ^a	.32
Perspetivas futuras	66.67, 66.67	66.67, 66.67	-.09 ^b	.93	66.67, 69.23	66.67, 66.67	0 ^c	1
Efeitos colaterais da terapia	4.76, 7.62	4.76, 4.76, 8.57	-.49 ^a	.63	9.52, 18.31	11.90, 15.24	-.71 ^b	.48
Sintomas da mama	12.5, 17.19	16.67, 15.56	-.11 ^a	.92	25, 21.79	25, 29.55	-.72 ^b	.47
Sintomas braço	11.11, 20	11.11, 18.52	-.43 ^a	.67	0, 15.38	22.22, 19.44	-.68 ^b	.50
Incómodo queda cabelo	33.33, 33.33	50, 50	^d	^d	33.33, 33.33	0, 20	0 ^c	1

Mdn: Mediana, M:Média, a.Baseado na ordenação positiva , b.Baseado na ordenação negativa, c.A soma das ordenações negativas é igual à soma das ordenações positivas, d. Não existem casos suficientes para aplicar o teste de Wilcoxon, * $p < .05$.

4.3.6 Discussão

Este trabalho contribui com a descrição de um programa de intervenção psicopedagógico, aplicável a sobreviventes de cancro da mama e com os resultados de eficácia preliminares. Estes resultados preliminares indicam que o grupo sem intervenção apresenta deterioração em dois domínios da qualidade de vida, nomeadamente a função cognitiva e a dor. Simultaneamente, não se encontraram alterações no grupo com intervenção. Tendo em conta estes resultados, podemos concluir que a intervenção de grupo psicopedagógica pode contribuir para a manutenção da qualidade de vida, mais especificamente da função cognitiva e da dor, que parece deteriorar-se com o tempo de sobrevivência.

Ao contrário do que encontramos na maioria dos estudos realizados (Dastan & Buzlu, 2012; Fukui et al., 2000; Fukui et al., 2003; Helgeson et al., 2001; Lethborg & Kissane, 2003; Rosberger et al., 2002; Simpson et al., 2001), não se obteve alterações com a intervenção de grupo psicopedagógica. A ausência de diferenças pode estar relacionada com o tamanho reduzido da amostra, pelo que se sugere estudos futuros com amostras maiores e logo mais representativas, com vista a retirar conclusões mais generalizáveis. De qualquer forma, outros autores também não encontraram alterações em variáveis psicológicas com intervenção psicopedagógica de grupo (Jones et al., 2013; Simpson et al., 2002). Para além de medidas de eficácia ao nível das variáveis psicológicas, poderia ter-se em consideração futuramente a avaliação dos efeitos no nível conhecimentos, à semelhança do que foi feito no estudo de Jones et al. (2013) e conforme sugere Brown (2005).

Alguns estudos também têm encontrado uma deterioração da qualidade de vida das sobreviventes de cancro da mama ao longo do tempo (Ganz et al., 1996; Holzner et al., 2001; Telch & Telch, 1986), à semelhança do que se verificou com as participantes que não foram sujeitas a qualquer intervenção no nosso estudo. Este resultado fortalece a pertinência de intervenção nesta população.

Existem poucos estudos sobre os efeitos de intervenções de grupo psicopedagógicas em sobreviventes de cancro da mama, especialmente em Portugal, apesar de se verificar que este tipo de intervenção pode ter benefícios para esta população. Este estudo vem assim contribuir para a diminuição desta lacuna na literatura. É tanto mais importante suplantarmos esta escassez quanto mais sabemos que as circunstâncias determinantes da

política de saúde atual estão relacionadas com o fator económico-financeiro. Incentivamos a aposta na investigação, desenvolvimento e implementação de intervenções com um bom custo-eficácia para sobreviventes de cancro da mama.

Este trabalho, ao contribuir com a descrição de um programa de intervenção, fornece a possibilidade de realização de estudos de eficácia posteriores, com amostras mais representativas e com metodologias mais robustas, nomeadamente estudos duplamente cegos e completamente randomizados. Em termos clínicos, esta descrição também possibilita a aplicação clínica a um número mais abrangente de sobreviventes, diminuindo pelo menos a probabilidade de pioria da função cognitiva e da dor.

Existem várias limitações que se prendem com a amostra utilizada. O facto de utilizarmos maioritariamente mulheres voluntárias no Movimento Vencer e Viver pode enviesar, por si só, os resultados, pois estas sobreviventes, por se tratar de voluntárias, podem ter características que as diferenciem da população global de sobreviventes de cancro da mama. Ter-se adotado um grupo de controlo equivalente, não obtido por distribuição individual aleatória, também limita a generalização dos resultados.

Explorar os efeitos com medidas fisiológicas e especificamente imunológicas, como alterações nos níveis de cortisol, nas citoquinas e na produção de linfócitos, bem como, avaliar os efeitos na sobrevivência a longo prazo, são sugestões para estudos futuros.

O estudo deste tipo de intervenções com um acesso ainda mais abrangente, recorrendo ao uso de grupos *online*, por exemplo, são opções que deveriam ser mais estudadas. Esta sugestão vai de encontro ao que Nezu e Nezu (2007) e Findley (2007) também sugerem.

Neste trabalho não tivemos em consideração a influência dos processos dos grupos, à semelhança do que acontece na maioria dos estudos com intervenções de grupo da abordagem cognitivo-comportamental (Burlingame MacKenzie & Strauss, 2004), no entanto, como a evidência empírica sugere que ter estas propriedades dos grupos em consideração podem tornar estes grupos mais efetivos (Fuhrman & Burlingame, 1994), sugerimos que sejam tidas em consideração em estudos futuros.

4.4 Estudo IV - Terapia de grupo cognitivo-comportamental para sobreviventes de cancro da mama: Descrição de um programa e avaliação preliminar da sua eficácia⁸

4.4.1 Resumo

Objetivo: A terapia de grupo cognitivo-comportamental (TCC) tem-se mostrado altamente eficaz, nomeadamente no âmbito da psico-oncologia. Existem poucas descrições de como os programas para grupos de doentes de cancro podem ser estruturados e aplicados, bem como não têm sido publicados estudos de eficácia destes programas, especialmente em Portugal. Assim, apresenta-se a descrição de um programa de TCC de oito sessões, desenvolvido pela equipa, para aplicação a grupos de sobreviventes de cancro da mama, bem como os resultados preliminares da sua eficácia. Método: Foi utilizada uma amostra de 20 participantes seleccionadas no Movimento Vencer e Viver da Delegação Centro da Liga Portuguesa contra o Cancro (16 foram submetidas ao programa de intervenção descrito e quatro fizeram parte de um grupo de controlo). Os procedimentos de avaliação consistiram no preenchimento voluntário dos seguintes instrumentos: Escala de Controlo Emocional (CEC), Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC), Teste de Orientação de Vida (TOV-R) e o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Investigação e Tratamento do Cancro (EORTC QLQ C-30 e suplemento BR-23). É apresentada a descrição dos procedimentos de intervenção. Resultados: Os resultados preliminares obtidos com a aplicação do programa são apresentados. Não foi possível verificar resultados significativos do pré para o pós teste até este momento. Conclusão: É importante ter em consideração o programa de terapia de grupo apresentado para replicação em doentes de cancro para obter resultados mais claros acerca da sua eficácia. A relevância desta conclusão é enfatizada pelas vantagens da terapia de grupo como uma característica de custo-eficácia.

Palavras-chave: Programa de terapia de grupo cognitivo-comportamental; doentes de cancro; sobreviventes de cancro da mama.

⁸ Este artigo foi publicado na revista *Psychology, Community and Health*, com a seguinte referência bibliográfica: Torres, A., Pereira, A. & Monteiro, S. (2012). Terapia de grupo cognitivo-comportamental para sobreviventes de cancro da mama: descrição de um programa e avaliação preliminar da sua eficácia. *Psychology, Community and Health*, 1(3):300-312. doi:10.5964/pch.v1i3.55

4.4.2 Abstract

Aim: Cognitive-behavioural therapy (CBT) has already been shown to be highly effective, namely in psycho-oncology field. There are few descriptions of how a CBT programme for cancer patients groups can be structured and delivered, as well as, there are few efficacy studies of this programs, especially in Portugal. We present a description of an 8-session CBT programme that has been developed by our team, for delivery to breast cancer survivors groups, as well as, the preliminary results of its efficacy. **Method:** It was used a sample of 20 participants selected from Reach to Recovery of Centre Delegation of Portuguese Cancer League (16 was submitted to the intervention program described and four performed the control group). Evaluation procedures consisted on voluntary fill-out of the following instruments: Courtauld Emotion Control Scale (CEC), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Clinical Inventory of Self-concept (ICAC), Life Orientation Test - Revised version (LOT-R) and the Quality of Life Questionnaire of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ C-30 and supplement BR-23). Description of components and contents of the sessions are presented. **Results:** Preliminary results of the programme application are presented. It was not possible to verify significant results from pre to post test until now. **Conclusion:** It is important to take in consideration the group therapy programme presented and replicate it with cancer patients in order to obtain clear results of its efficacy. The relevance of this conclusion is emphasized by the cost-effectiveness associated with the group therapy format.

Keywords: cognitive behaviour group therapy programme; cancer patients; breast cancer survivors.

4.4.3 Introdução

As intervenções psicológicas da abordagem cognitivo-comportamental, desde que emergiram com Ellis (1962) e Beck (1976), têm recebido suporte empírico que valida a sua eficácia no tratamento de diferentes condições psicológicas (e.g. Blackburn, Eunson, & Bishop, 1986).

As intervenções psicológicas para doentes oncológicos têm demonstrado ajudar as mulheres vítimas de cancro a “viver melhor”, como conclui Rowland e Massie (2010). A maioria dos estudos também suporta que a intervenção de grupo e especialmente a intervenção de grupo estruturada que inclui estratégias cognitivo-comportamentais são eficazes em doentes oncológicos (Bottomley, Hunton, Roberts, Jones, & Bradley, 1997; Cunningham & Tocco, 1989; Meyer & Mark, 1995; Rowland & Massie, 2010; Spiegel et al., 1999). Os estudos têm encontrado especificamente resultados de eficácia terapêutica nos seguintes indicadores psicológicos: coping (Cameron et al., 2007); depressão e perturbações de humor (Chujo et al., 2005; Dolbeault et al., 2008, 2009; Edelman, Bell, & Kidman, 1999a; Simpson et al., 2001); ansiedade (Cameron et al., 2007; Chujo et al., 2005; Dolbeault et al., 2008, 2009; Kissane et al., 2003); autoestima (Edelman et al., 1999a); psicopatologia em geral (Simpson et al., 2001); funcionamento familiar (Kissane et al., 2003); raiva-hostilidade, desamparo-deseesperança e autoimagem (Chujo et al., 2005), bem-estar emocional, perceção do risco de recorrência de cancro e grau de preocupação com a doença (Cameron et al., 2007).

Um dos únicos estudos que não encontrou ganhos terapêuticos significativos com a aplicação deste tipo de terapia de grupo foi o de Watson et al. (1996), o que pode estar relacionado com a baixa morbilidade psicológica apresentada pelas participantes do estudo antes da intervenção.

Em Portugal, poucos estudos têm sido feitos de eficácia de intervenção de grupo com mulheres com cancro da mama. O primeiro estudo publicado, que seja do nosso conhecimento, consistiu na aplicação de um programa de quatro sessões da autoria de Pereira e Marques (2001). McIntyre, Fernandes e Pereira (2001) realizaram outro dos poucos estudos realizados, com 40 mulheres com cancro da mama em quimioterapia, tendo encontrado alterações significativas do início para o fim da intervenção no sentido esperado para a depressão, ansiedade-traço, estratégias de *coping* de aceitação,

desinvestimento mental e orientação para os serviços de saúde. Apesar das limitações assumidas deste estudo, “os dados encontrados indicam um efeito limitado do programa (...) não negligenciável” (p. 299). Outros estudos têm sido realizados, nomeadamente, o de Pinto (2012) e outros estudos exploratórios (Torres, Pereira, & Monteiro, 2011). Devido ao tamanho reduzido destas amostras foram obtidos resultados limitados que revelam, no entanto, interesse para estudos mais alargados.

Apesar da existência de suporte na literatura deste tipo de intervenção com doentes oncológicos e especificamente com sobreviventes de cancro da mama, a aplicação deste tipo de intervenção não tem sido muito utilizada em Portugal, existindo a necessidade de estudar melhor esta aplicação. Um dos fatores que pode contribuir para a reduzida utilização deste tipo de intervenção, para além dos poucos estudos, pode estar relacionado com a ausência de publicação de programas de intervenção de grupo para esta população. Este estudo tem como objetivo contribuir para diminuir esta lacuna na literatura nacional, apresentando um programa de intervenção e os resultados preliminares obtidos com a sua aplicação.

4.4.4 Método

Participantes

Foram selecionadas as voluntárias do Movimento Vencer e Viver da delegação centro da Liga Portuguesa contra o Cancro. Foi realizada uma entrevista de seleção com as seguintes finalidades: recolher informações sociodemográficas; avaliar o critério de inclusão, de sobrevivência há pelo menos cinco anos e avaliar os seguintes critérios de exclusão: perturbações psiquiátricas anteriores ao diagnóstico de cancro da mama; perturbações orgânicas cerebrais ou de dependência de droga/álcool, distúrbios cognitivos e outras condições que poderiam contraindicar a entrada num grupo (como história recente de tentativa de suicídio, inaptidão para participar em tarefas de grupo; severa incompatibilidade com um ou mais membros do grupo; acentuada falta de motivação para a mudança e frequência de outro tipo de psicoterapia simultânea).

O programa desenvolvido pela nossa equipa foi testado, de forma preliminar, com 20 sobreviventes de cancro da mama. Dezasseis participantes foram submetidos a intervenção de grupo cognitivo-comportamental, enquanto quatro participantes não foram

sujeitos a qualquer intervenção, constituindo-se assim um grupo de intervenção e um grupo de controlo, respetivamente. Apesar da distribuição pelas duas condições não ter sido aleatória, os dois grupos amostrais mostraram-se homogéneos quanto às variáveis demográficas, clínicas e psicológicas.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com as normas da APA (2010) para o tratamento ético das participantes.

O grupo com intervenção foi constituído por 20 participantes, com idades compreendidas entre os 39 e os 80 anos ($M = 61.25$; $DP = 9.37$). A maioria é casada (81.3%), existindo 12.5% de viúvas e 6.3% de divorciadas. No que concerne à escolaridade, a maioria tem o primeiro ciclo (31.3%) ou formação universitária (31.3%), sendo que 18.8% tem o terceiro ciclo ou o ensino secundário. Em termos de variáveis clínicas, a maioria destas sobreviventes detetou o cancro através do rastreio da LPCC (31.3%) ou através de autoexame (31.3%), tendo 18.8% detetado por outras formas de deteção e 12.5% através de exames de rastreio solicitado pelo médico. Em relação à cirurgia realizada, 75% realizou mastectomia, existindo 12.5% que realizou primeiro quadrantectomia seguida de mastectomia e 6.3% realizou mastectomia dupla. Quanto aos outros tratamentos, 68.8% não realizou esvaziamento ganglionar axilar e 68.8% não foi submetida a radioterapia, enquanto 68.8% realizou quimioterapia e 43.8% hormonoterapia.

O grupo de controlo é constituído por 4 participantes, com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos ($M = 63.33$; $DP = 4.93$). A maioria também é casada (75%), existindo 25% de viúvas. No que concerne à escolaridade, igual proporção da amostra (25%) tem o primeiro, segundo e terceiro ciclo, e formação universitária. Em termos de variáveis clínicas, igual proporção de participantes detetou o cancro através do rastreio da LPCC e do rastreio solicitado pelo médico (25%). Em relação à cirurgia, todas realizaram mastectomia. Quanto aos outros tratamentos, nenhuma confirma ter realizado esvaziamento ganglionar axilar. A maioria não realizou radioterapia (75%), enquanto metade desta amostra realizou quimioterapia e 75% hormonoterapia.

Material

Todas as participantes responderam voluntariamente aos seguintes questionários: questionário sociodemográfico; Escala de Controlo Emocional de Courtauld (CEC) de Watson e Greer (1983), versão portuguesa de Patrão (2007); Escala de Ansiedade e

Depressão Hospitalar (EADH) de Zigmond e Snaith (1983), versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al. (2007); Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) de Vaz Serra (1986); Teste de Orientação de Vida - Revisto (TOV-R) de Scheier, Carver & Bridges (1994), versão portuguesa de Monteiro (2008); e o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Investigação e Tratamento do Cancro (EORTC QLQ-C30) em conjunto com o módulo suplementar de cancro da mama (QLQ-BR23) de Aaronson et al. (1993), versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Pinto e Santos (2008).

O Questionário de Identificação e Caracterização Sociodemográfica permitiu recolher dados sobre a idade, a escolaridade, o estado civil, a situação profissional, a forma de deteção do cancro e o tipo de tratamentos realizados.

A CEC é constituída por 21 itens (os itens 4, 8, 11, 12 e 19 são itens de cotação invertida) agrupados em três subescalas que avaliam o grau de controlo emocional da raiva, tristeza e ansiedade, isto é, o controlo de respostas afetivo-negativas. Trata-se de uma escala de resposta tipo Likert de quatro pontos variando de “*quase nunca*” a “*quase sempre*”, sendo o resultado total dado pela soma de todos os itens, e o resultado para cada subescala, obtido pela soma dos itens correspondentes. Assim, as pontuações mais elevadas correspondem a um nível de maior controlo emocional. Esta escala evidencia boas qualidades psicométricas apresentando um coeficiente alpha de Cronbach de 0.88 (Patrão, 2007; Watson & Greer, 1983).

A depressão e ansiedade foram avaliadas com a EADH. Esta escala é composta por uma subescala de ansiedade e uma subescala de depressão, ambas constituídas por sete itens. As respostas a cada item podem ser quantificadas numa escala tipo Likert, variando de 0 a 3, com os valores mais elevados a revelarem maior sofrimento psicológico. Assim, cada item permite a escolha entre quatro opções de resposta, em que o paciente deve escolher aquela que corresponde à forma como se tem sentido durante a última semana. Cada subescala pode ter uma pontuação que varia entre 0 e 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e de depressão. Quanto ao grau de severidade, os autores apontam a seguinte classificação, quer para ansiedade quer para a depressão: valores entre 0-7 “normal”, 8-10 “leve”, 11-15 “moderada” e 16-21 “grave” (Zigmond & Snaith, 1983). Relativamente às qualidades psicométricas, apresenta um coeficiente alpha de Cronbach de 0.76 para a subescala de ansiedade e de 0.81 para a subescala de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007).

O ICAC é constituído por 20 itens que são avaliados segundo a cotação de 1 a 5 (exceto os itens 3, 12, 18 que se cotam inversamente), assim, a pontuação varia de 20 a 100 pontos totais, sendo que quanto maior for a pontuação obtida melhor é o autoconceito. Este inventário revela boa consistência interna apresentando um coeficiente de Spearman-Brown de 0.791 (Vaz Serra, 1986).

O TOV-R é um instrumento de autorresposta que procura avaliar o otimismo. É constituído por 8 itens numa escala de resposta Likert de cinco pontos que varia de 0 (“*discordo totalmente*”) a 4 (“*concordo totalmente*”). Dos 8 itens, dois são formulados de modo positivo (itens 2 e 8), dois itens são formulados de modo negativo (itens 5 e 7) e quatro itens são neutros (itens 1, 3, 4 e 6). Os itens neutros não têm como objetivo avaliar o otimismo disposicional, pelo que não são incluídos na análise de dados. Nesta análise, os valores dos itens formulados de modo negativo devem ser invertidos, para que quanto maior for a nota global do teste maior seja o índice de otimismo disposicional (Monteiro, 2008). Os estudos psicométricos efetuados na versão Portuguesa revelaram um coeficiente alpha de Cronbach de 0.66. No estudo principal, o coeficiente alpha de Cronbach encontrado foi de 0.74.

O EORTC QLQ-C30, utilizado para avaliar a qualidade de vida (QDV), é constituído por 30 itens que se subdividem em três escalas: a escala de estado global de saúde e QDV; a escala funcional composta pelo funcionamento físico, limitações funcionais, funcionamento emocional, funcionamento cognitivo e funcionamento social e a escala sintomática composta pelas subescalas fadiga, náuseas e vômitos, dor, falta de ar, insónia, falta de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras. O formato da resposta é de tipo Likert de quatro pontos (de “*não*” a “*muito*”) para as escalas funcionais, e de sete pontos variando de “*péssima*” a “*ótima*” para a escala global de saúde. Resultados elevados nas escalas funcionais e na escala global de saúde indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QDV (Patrão, 2007). A escala revela boa consistência interna (Pais-Ribeiro et al., 2008) apresentando um coeficiente de alpha de Cronbach entre 0.79 e 0.86 (Patrão, 2007).

O QLQ-BR23 é um módulo aplicado para avaliar a QDV de pacientes com cancro da mama especificamente, constituído por 23 itens que se subdividem em quatro escalas funcionais - imagem corporal, funcionamento sexual, satisfação sexual e perspetivas futuras - e quatro escalas sintomáticas que avaliam sintomas da doença e efeitos

secundários do tratamento: efeitos da quimioterapia, sintomas na mama, sintomas no braço e preocupação com a queda do cabelo (Patrão, 2007). A pontuação das questões é cotada segundo uma escala de tipo Likert, de quatro níveis (“*não*”, “*um pouco*”, “*bastante*” e “*muito*”) sendo que quanto mais elevado o valor obtido, menor é a QDV, exceto nas questões 44, 45 e 46 do QLQ-BR23 em que, quanto maior a pontuação, melhor a QDV avaliada variando de 0 a 100 (Patrão, 2007).

Procedimento de intervenção

O programa desenvolvido pela nossa equipa foi baseado em programas de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) de grupo com eficácia comprovada (cf. Dolbeault et al., 2008; Edelman, Bell & Kidman, 1999b; Fawzy, Fawzy & Canada, 2001; Helgeson, Cohen, & Schultz, 2001).

Objetivos da intervenção

Os objetivos principais do programa elaborado são os seguintes: ensinar as participantes a identificar os seus padrões de pensamento disfuncionais e as suas crenças irracionais nucleares; desafiar e modificar os seus pensamentos disfuncionais; treinar várias estratégias de *coping* comportamentais, como a comunicação assertiva, o estabelecimento de objetivos, o método de resolução de problemas, a respiração abdominal e o relaxamento muscular progressivo; melhorar a expressão das preocupações relacionadas com o cancro e as emoções associadas, bem como, melhorar a comunicação com os outros em geral, especialmente com as pessoas mais significativas e também com os técnicos de saúde.

Aspetos gerais da intervenção

O programa compreende oito sessões de grupo, semanais, cada uma com 1h30 a 2h de duração. Existem cinco a 15 participantes por grupo, dirigido por dois coterapeutas. Em cada uma das sessões semanais é pedido às participantes a realização de trabalhos de casa, que consistem no preenchimento de registos de automonitorização (com descrição da situação, emoções, pensamentos, comportamentos e consequências) e de outras tarefas adicionais que se considerem frutíferas de acordo com o tema.

Cada uma das sessões inicia-se com um componente de fornecimento de informação acerca de um dado tema. Na descrição de cada uma das sessões, apresentada a seguir, enumeraremos os respetivos temas. Depois deste momento da sessão, existe sempre a discussão do tema, o que pode ser feito com o grupo todo ou com pequenos grupos de dois ou três participantes. A discussão do tema parte da análise dos trabalhos de casa de três participantes, que são estabelecidos na sessão anterior e relacionados com o tema da sessão seguinte. Trata-se da fase mais longa da sessão e tem a duração de aproximadamente 1 hora. As participantes são encorajadas a rever os trabalhos de casa com os terapeutas no final da sessão, porque tal fornece uma oportunidade para: verificar se as participantes compreendem a teoria da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e se conseguem aplicá-la às suas situações de vida; responder e auxiliar as necessidades das participantes que partilham menos; sugerir ações futuras e pensamentos alternativos e para encontrar conteúdos relevantes para utilizar nas discussões de grupo.

Antes do final da sessão é solicitada uma síntese breve da sessão e procede-se à distribuição e explicação dos trabalhos de casa.

Cada sessão conclui-se com o treino muscular progressivo com oito grupos musculares.

Conteúdos de cada sessão

A primeira sessão deste programa compreende a entrega de um manual com informação sobre os princípios da TCC. Esta sessão, para além da familiarização com os princípios da TCC e com as regras do grupo, tem como objetivo o estabelecimento de um ambiente empático e colaborativo. Esta sessão engloba os seguintes diferentes momentos: apresentação do terapeuta e do coterapeuta, dos objetivos e regras de funcionamento do grupo; apresentação individual das participantes; atividade de exploração de aspetos comuns às participantes; identificação dos problemas relacionados com o cancro; apresentação do programa de intervenção; distribuição e familiarização com os registos de auto monitorização; estabelecimento do trabalho de casa e, por fim, familiarização com a técnica de respiração abdominal e de relaxamento muscular progressivo.

As regras de grupo apresentadas e discutidas nesta sessão são as seguintes: garantia da confidencialidade; participação anónima; evitar nomeação dos cuidadores formais; não

beneficiar de ajuda psicológica exterior ao grupo; implicação sincera na terapia; motivação; falar em seu nome; participar assiduamente.

A breve atividade de exploração de aspetos comuns às participantes do grupo é realizada com vista ao aumento de coesão das participantes e consiste em, depois de formado um círculo e de mãos dadas, cada uma das participantes diz uma coisa de que gosta muito e todas as que partilham esse gosto aproximam-se do centro do círculo formado.

Durante a identificação dos problemas relacionados com a doença pelas participantes, faz-se um registo esquemático desses problemas e das sessões em que são abordados.

A segunda sessão segue a estrutura descrita nos aspetos gerais da intervenção, como todas as seguintes, e trata do tema “As causas e significado do cancro”. Depois de apresentado o tema, é analisado o registo de monitorização de uma situação comum de vida diária. De seguida são analisados e partilhados três registos de monitorização sobre as causas e o significado do cancro e parte-se dessa partilha para a apresentação multifatorial do desenvolvimento do cancro. Segue-se para a distinção de atribuições relacionadas com um estilo de atribuição de controlo interno e externo. Exploram-se as vantagens e desvantagens dos dois estilos de atribuição e salienta-se que a aproximação de uma atribuição ao controlo interno responsabiliza, mobiliza e capacita de maior controlo sobre a própria vida.

Antes do final solicita-se a síntese da sessão e é distribuído o trabalho de casa: “Analisar uma situação onde o impacto do tratamento sobre o corpo é experienciado como problemático”. No final, realiza-se relaxamento.

Na sessão três é introduzido o tema “Alterações corporais relacionadas com os tratamentos”. O tema é discutido a partir da análise dos trabalhos de casa. É aplicado o método de resolução de problemas com os conteúdos de preocupação partilhados. É enfatizado que o importante é integrar aos poucos os novos aspetos da experiência, seja através da adoção de soluções que levem a uma aproximação do que se era antes, quer as que levam à aceitação das alterações, sem esquecer recorrer às fontes de informação pertinentes para a preocupação física específica. Também é considerada a existência de perdas e ganhos da experiência. O trabalho de casa prescrito nesta sessão consiste no registo de monitorização com um problema relacionado com a família, o companheiro, os papéis sociais ou profissionais.

O tema da sessão quatro consiste no “Impacto da doença e do tratamento na autoestima”. Depois de introduzido o tema, as participantes são incentivadas a escrever três mensagens positivas para elas próprias, partilhando-as. Segue-se a análise dos trabalhos de casa em grupo, fomentando a discussão sobre o impacto dos tratamentos na autoestima abordando os diferentes papéis (relações de trabalho, familiares e conjugais). Tendo em consideração as alterações, procuram-se soluções práticas em conjunto e discutem-se as vantagens e desvantagens das soluções encontradas. Incentivam-se as participantes a integrar os aspetos da experiência e a recuperar a autoestima positiva. No final da discussão instruem-se as participantes a fazer elogios às três pessoas que se seguem à direita. Como trabalho de casa, para além de se solicitar a análise de uma situação que desencadeie a situação adversa de incerteza, incentivam-se as participantes a pedir elogios às pessoas significativas. Também se incentiva que enumeremos pontos fortes que consideram ter ajudado a “vencer” a doença e a lidar com as alterações associadas.

Na quinta sessão o tema consiste em “Lidar com a incerteza”, que se inicia com um texto introdutório, seguido da análise dos trabalhos de casa. Para além da identificação das situações que originam os temores de reincidência, é incentivada a identificação de acontecimentos que tornam possível manter a esperança. Depois de identificados os pensamentos negativos, incentivam-se as participantes a encará-los como hipóteses e não como factos e enfatiza-se o carácter irracional dos pensamentos de incerteza, tentando encontrar pensamentos alternativos ou outras estratégias como a descentralização e a realização de tarefas de mestria e de prazer. É abordada a perda do sentimento de invulnerabilidade, e da maturidade adquirida com o conhecimento da autovulnerabilidade. Discute-se o medo de morrer (sem se ficar autocentrado) e a capacidade de se confrontar com os próprios medos. Introduce-se o conceito de pensamentos recorrentes de recaída (por picos) e a aceitação do acompanhamento e avaliação médica para toda a vida e do conhecimento de possibilidade de recorrência. O trabalho de casa para a sessão seis consiste no preenchimento de um registo de monitorização com um momento bem e outro mal sucedido de comunicação com pessoas próximas. É igualmente solicitado às participantes que executem pelo menos três tarefas de mestria e de prazer em cada dia da semana.

O tema da sessão seis é o “Relacionamento com o parceiro e família (família, amigos ou outros)”, que se inicia com um texto introdutório e com a análise da primeira

parte do trabalho de casa, uma situação de comunicação bem sucedida. Depois de se salientar que o cancro gera mudanças positivas e negativas no sistema relacional e de se reforçar as estratégias positivas, passa-se à análise de situações difíceis, recorrendo à técnica do *role-play*. Neste momento introduz-se o conceito de *role-play* (*play, feedback e replay*). Os participantes observadores têm critérios de observação (contacto visual, proporção, tonalidade e ritmo de diálogo). É fornecido *feedback* positivo e negativo e são propostas e treinadas propostas de comunicação alternativas, fornecidos pelas outras participantes. Como trabalho de casa, para além de se incentivar a utilização das estratégias de comunicação positiva, solicita-se o registo de monitorização com duas situações de comunicação com técnicos de saúde: um bem-sucedido e outro difícil, tentando encontrar formas de melhorar a comunicação.

Na sétima sessão o “Relacionamento com os profissionais de saúde” é o tema e inicia-se com o texto introdutório e da análise de situações de comunicação positivas com profissionais de saúde. Começa-se por se fazer uma lista com as expectativas das participantes em relação aos profissionais de saúde, com objetivo de que verifiquem as elevadas expectativas. Depois deste exercício e de se enfatizar a importância e a utilidade do apoio da equipa médica, avança-se para a análise e *role-play* das situações difíceis. Como trabalho de casa para a sessão oito estabelece-se que devem partilhar os sentimentos positivos e negativos em relação ao grupo e fazer uma lista de objetivos pessoais.

Na oitava sessão, depois do texto introdutório convidam-se as participantes a fazer a avaliação do grupo, com a expressão de sentimentos relativos ao fim das sessões. Para depois se tentar que as participantes identifiquem os objetivos que têm, pede-se que reflitam sobre os obstáculos que são necessários ultrapassar. As participantes aprendem a decompor os seus objetivos em pequenos passos atingíveis e a operacionalizar como os alcançar. A utilização de outras técnicas também é reforçada como a técnica da visualização e a do pedido de apoio. Procura-se igualmente transformar o sentimento de rutura num sentimento de continuidade, ajudando as participantes a recuperar antigos projetos ou a construir novos (com base nas hierarquias individuais).

A intervenção termina com apresentação de uma síntese do programa e pede-se às participantes que descrevam o que conseguiram aprender com a intervenção. Também se tenta que as participantes identifiquem os obstáculos que anteveem e a forma de ultrapassá-los.

Os temas de cada sessão estão sintetizados na Tabela 1.

Tabela 1

Temas das Sessões

Sessão	Tema	Trabalho de Casa
1	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do funcionamento do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de monitorização
2	<ul style="list-style-type: none"> • As causas e o significado do cancro 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de monitorização
3	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações corporais relacionadas com os tratamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de monitorização
4	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto da doença e do tratamento na autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de monitorização • Solicitar elogios aos mais significativos e comparar com autoavaliação • Elaboração de texto com o que conseguiu vencer com os seus pontos fortes determinantes para lidar com a doença
5	<ul style="list-style-type: none"> • Lidar com a incerteza 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de monitorização • Tarefas de mestria e prazer
6	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento com o parceiro e família (família, amigos e outros) 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de monitorização • Aplicação de estratégias de comunicação positiva com a família, amigos e outros
7	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento com os profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de monitorização • Sentimentos em relação ao grupo • Lista de objetivos pessoais
8	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusão do grupo e projetos pessoais 	

Procedimentos estatísticos

Após a recolha dos questionários, os dados foram introduzidos no SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 19 para o Windows, e sujeitos às análises que permitiram a formulação das conclusões do estudo. Dadas as características da amostra (número reduzido de participantes) e os objetivos e hipóteses a testar, as análises realizadas recorreram a estatísticas não paramétricas.

Desta forma, com o objetivo de obter informações sobre as características da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas relativas às variáveis sociodemográficas e clínicas do grupo. Com o intuito de testar a equivalência dos grupos experimental e de controlo utilizou-se o teste de U de Mann-Whitney para as variáveis escalares, como a

idade, o número de anos de realização das diferentes intervenções terapêuticas e os resultados na primeira avaliação das variáveis dependentes. Com o mesmo objetivo utilizou-se o teste do qui-quadrado na comparação dos dois grupos nas seguintes variáveis nominais: o estado civil, as habilitações literárias, a categoria profissional, a situação profissional, o meio de detecção do cancro, os tipos de intervenção realizados e a recorrência de cancro. Foi utilizado o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas no sentido de comparar as alterações do pré para o pós-teste em cada um dos grupos.

De referir que se utilizou como referência um nível de significância de $p < 0.05$.

4.4.5 Resultados

Os resultados obtidos não encontraram, contudo, diferenças significativas do início para o final da intervenção, nos resultados globais de avaliação das variáveis de ansiedade, depressão, qualidade de vida e autoconceito, o que se pode dever ao tamanho da amostra. Os resultados são apresentados abaixo na Tabela 2.

Tabela 2
Resultados no Pré e Pós-Testes

	Grupo com Intervenção				Grupo de Controlo			
	Pré <i>Mdn, M</i>	Pós <i>Mdn, M</i>	z^a	p	Pré <i>Mdn, M</i>	Pós <i>Mdn, M</i>	z^a	P
Controlo Emocional CEC	52.5, 49.75	49, 49.94	-.08	.94	40, 47	50, 48	0	1
Raiva	16, 15.71	14.5, 15.56	-.29	.78	13, 15.3	19, 17.5	0	1
Ansiedade	18, 18	16, 17.5	-.54	.59	15.5, 17	16, 17.33 _b	-1 _b	.32
Infelicidade	15, 16.37	15.5, 15	-1.6	.88	14, 14.25			
Sintomatologia HADS								
Ansiedade	5, 5.81	5.5, 5.75	-.25	.80	6, 5	7.5, 8.5	-.82	.41
Depressão	3, 3.27	3, 3.73	-1.03	.30	4, 3.75	5.5, 7.25	-.37	.72
Autoconceito ICAC	80, 78.67	79, 79.5	-.12	.91	73, 73.67	70, 67.75	-.82	.41
Aceitação/rejeição social	19, 18.88	19, 19.81	-1.29	.20	16, 15.67	16, 15.25	-1.34	.18
Autoeficácia	24, 24.13	23, 22.56	-1.24	.22	21, 21.75	20, 20.25	-1.13	.26
Maturidade Psicológica	16, 16	16, 16.25	-.67	.50	16.5, 15.75	16, 14.75	-1.63	.10
Impulsividade-atividade	12, 12.18	13.5, 12.75	-1.06	.29	11, 10.67	10, 9.5	-1.63 _b	.10
Otimismo TOV-R	12, 11.38	9, 9.93	-1.79	.07	11, 11	9, 10		
Qualidade de Vida QLQ C30 BR23								
Estado Geral de saúde/QDV	75, 72.91	79.16, 72.91	-.3	.77	66.67, 72.91	79.17, 79.17	-1.09	.28
Função física	86.67, 83.3	86.67, 82.5	-.28	.78	90, 85	80, 80	-.82	.41
Função do papel	100, 94.4	100, 83.33	-2.26	.07	100, 100	100, 95.83	-1	.32
Função emocional	79.17, 77.08	75, 72.92	-.85	.39	75, 75	91.67, 91.67	-1.9	.28
Função cognitiva	83.33, 77.78	83.33, 77.08	-.33	.74	100, 95.83	83.33, 77.78	-1.73	.08
Função social	100, 94.79	100, 87.5	-1.23	.22	100, 91.67	100, 91.67	0	1.00
Fadiga	22.22, 24.44	22.22, 24.44	-.37	.71	11.11, 13.89	33.33, 27.78	-1.34	.18
Náusea e vômito	0, 9.38	0, 2.08	-1.29	.20	0, 5.56	0, 8.33	-1	.32
Dor	16.67, 16.67	16.67, 23.96	-.99	.32	0, 4.17	8.33, 8.33	-1	.32
Dispneia	0, 2.08	0, 6.25	-1.41	.16	0, 0	0, 0	0	1.00
Insónia	33.33, 33.33	33.33, 31.25	-.45	.66	0, 8.33	33.33, 41.67	-1.34	.18
Perda do apetite	0, 16.67	0, 10.42	-1.73	.08	0, 8.33	0, 25	-1	.32
Obstipação	0, 16.67	0, 14.58	0	1	16.67, 33.33	0, 25	-1	.32
Diarreia	0, 6.25	0, 4.17	-.58	.56	0, 8.33	0, 8.33	0	1.00
Dificuldades financeiras	0, 10.42	0, 6.25	-.33	.56	0, 8.33	16.67, 25	-1	.32
Imagem corporal	91.67, 88.33	100, 83.33	-.86	.38	20.83, 89.58	91.67, 81.25	-1.63	.10
Função sexual	25, 20.83	33.33, 23.81	0	1	16.67, 16.67	8.33, 12.5	-1	.32
Satisfação sexual	66.67, 54.17	33.33, 44.44	-.58	.56	33.33, 33.33	33.33, 33.33	^e	

Perspetivas futuras	66.67, 54.17	50, 56.25	-.33	.74	83.33, 75	66.67, 75	0	1.00
Efeitos colaterais da terapia	14.29, 13.65	14.28, 18.1	-.86	.39	4.76, 17.86	7.14, 8.33	-.54	.59
Sintomas da mama	8.33, 8.88	8.33, 9.44	-.95	.34	8.33, 8.33	12.5, 12.5	-.54	.59
Sintomas braço	16.67, 24.31	11.11, 19.25	-2.58	.80	0, 5.56	5.56, 8.33	-1	.32
Incómodo queda cabelo	16.67, 16.67	0, 0	b	b	50, 50	0, 0	b	b

a. Teste de wilcoxon; b. Não existem casos suficientes para aplicar o teste de wilcoxon; Mdn= Mediana; M=Média

4.4.6 Discussão

Nos últimos anos tem aumentado o interesse e a demonstração de eficácia da utilização da intervenção TCC com doentes de cancro e especificamente com sobreviventes de cancro da mama. Os estudos internacionais que apresentam resultados da aplicação da intervenção de grupo desta abordagem indicam que esta é eficaz, o que nos levou a aplicar e testar esta intervenção em Portugal. A relevância deste tipo de intervenção e do estudo da sua eficácia, ainda que preliminar, é enfatizada pelas vantagens da terapia de grupo como a característica de custo-eficácia, que é uma mais-valia considerável no contexto económico em que vivemos atualmente. Apresentámos a estrutura e conteúdo de um programa de TCC de grupo para sobreviventes de cancro da mama, desenvolvido com base em programas que apresentaram eficácia terapêutica internacionalmente, e que, apesar de nesta fase preliminar não ter apresentado eficácia terapêutica, constitui uma oportunidade de aplicação futura mais extensa. O tamanho da amostra reduzido pode ter condicionado a obtenção de resultados estatisticamente significativos, pelo que sugerimos a replicação do estudo com tamanhos amostras maiores, mais representativos. Estes estudos deverão incluir randomização, de forma a se garantir ainda com maior segurança a equivalência dos grupos. Outro fator que pode ter condicionado a obtenção de resultados pode estar relacionado com um bom funcionamento psicológico no início, pelo que estudos futuros poderão definir um valor de corte para seleção e inclusão das sobreviventes no estudo de eficácia. Apesar das limitações dos resultados e do desenho experimental que foi possível implementar, conseguiu-se desenvolver um programa de intervenção aplicável a mulheres sobreviventes de cancro da mama portuguesas, que deve continuar a ser testado e que simultaneamente também constitui, por si só, uma base para o desenvolvimento de programas posteriores mais eficazes.

4.5 Estudo V – O efeito das intervenções de grupo breves no ajustamento psicossocial de sobreviventes de cancro da mama⁹

4.5.1 Resumo

Existem milhões de sobreviventes de cancro da mama no mundo, em exponencial crescimento. Esta população pode apresentar preocupações relevantes acerca do futuro, depressão, ansiedade, sintomas pós-traumáticos, e comprometimento da qualidade de vida. As intervenções de grupo breves estruturadas, especialmente as que incluem estratégias cognitivo-comportamentais, têm sido indicadas para esta população. O presente trabalho surge neste contexto, procurando avaliar a eficácia de dois programas de intervenção, um de tipo psicopedagógico e outro de terapia cognitivo-comportamental. Método: 62 sobreviventes de cancro da mama participaram num estudo *quasi*-experimental, 26 mulheres foram submetidas a intervenção de grupo psicopedagógica, 22 a terapia cognitivo-comportamental e 14 constituíram o grupo de controlo. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação em 4 momentos distintos (no início e no fim da intervenção, 3 e 6 meses depois): o Questionário de Formas de Lidar com o Cancro (CCQ); a Escala de Controlo Emocional (CEC); a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS); o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia de Investigação e Tratamento de Cancro com o módulo suplementar de cancro da mama (EORTC QLQ-C30 e BR-23); o Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC); o Teste de Orientação de Vida - Revisto (TOV-R); o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9); o Perfil dos Estados de Humor (POMS); a Subescala de Crescimento Pessoal da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP); a Sub-escala de Espiritualidade e o Inventário de Estado-traço de Ansiedade (STAI). Resultados: As sobreviventes que não tiveram intervenção apresentaram deterioração de dois domínios da qualidade de vida, a função cognitiva e a dor, para além de deterioração da subescala de vigor. A deterioração dos domínios da qualidade de vida manteve-se aos 3 meses e estendeu-se aos sintomas da mama, o que não se verificou com o vigor. O grupo com intervenção psicoeducativa apresentou melhoria do autoconceito até aos 6 meses. Neste grupo também se observou um aumento do controlo emocional até aos

⁹ Este é o único estudo que não está em formato de artigo publicável, por se tratar do estudo principal, tendo-se optado por uma apresentação mais detalhada com o intuito de o tornar o mais compreensivo possível.

3 meses. O grupo de terapia cognitivo-comportamental apresentou aumento do estado de ansiedade e diminuição do funcionamento de papel no final da intervenção, diminuição do funcionamento emocional aos 3 meses e aumento na hostilidade e na confusão aos 6 meses. Ambos os grupos com intervenção apresentaram diminuição do traço de ansiedade aos 6 meses. Foram encontradas diversas correlações significativas destes efeitos com variáveis demográficas, clínicas e psicossociais. Conclusão: As intervenções de grupo breves, de inspiração cognitivo-comportamental, mostraram contribuir para a redução do traço de ansiedade a longo prazo e para a manutenção da função cognitiva, da dor, do vigor, e dos sintomas da mama nas sobreviventes. O programa psicopedagógico parece ser mais indicado para as sobreviventes, pelos efeitos no autoconceito, com maior extensão a longo prazo. São referidas implicações para a prática clínica e para a promoção da saúde mental desta população.

Palavras-chave: Sobreviventes, cancro da mama, intervenção de grupo, saúde mental, intervenção psicopedagógica, terapia cognitivo-comportamental

4.5.2 Abstract

There are millions of breast cancer survivors' worldwide, in exponential growth. This population can present relevant worries about the future, depression, post-traumatic symptoms and lower control, as well as, lower Quality of Life. Brief structured group intervention, and specifically those that include cognitive-behavioural strategies, have been indicated for this population. This work arises in this context, seeking to evaluate the efficacy of two brief group intervention programs, a psycho-educational intervention and a cognitive behavioral therapy. Method: 62 breast cancer survivors participated in a *quasi*-experimental study, 26 women underwent to the psycho-educational intervention group, 22 underwent to the cognitive-behavioral therapy and 14 constituted the control group. We used the following assessment instruments in 4 different times (at the beginning and end of the intervention, 3 and 6 months later): Cancer Coping Questionnaire (CCQ); Courtauld Emotional Control Scale (CEC); Hospital Anxiety and depression Scale (HADS); European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire with the Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module (EORTC QLQ - C30 and BR -23); Self-Concept Clinical Inventory (ICAC); Life Orientation Test -

Revised (LOT-R); Patient Health Questionnaire (PHQ-9); Profile of Mood States (POMS); Personal Growth subscale of the Scale of Psychological Well-Being (EBEP) and Subscale of Spirituality and Inventory of State – trait anxiety (STAI). Results: Survivors who had no intervention presented deterioration in two domains of quality of life, pain and cognitive function, in addition to worse result on vigor subscale. Deterioration on domains of quality of life remained 3 months later and extended to the breast symptoms, which was not verified with the vigor. The psycho-educational intervention group showed improvement in self-concept up to 6 months. This group also showed an increase in the emotional control up to 3 months. The group of cognitive-behavioral therapy showed increased state of anxiety and reduced role functioning at the end of the intervention, a decreased emotional functioning at 3 months, and an increased hostility and confusion at 6 months. Both intervention groups presented a decrease in trait anxiety at the 6 months. We found several significant correlations of these effects with demographic, clinical and psychosocial variables. Conclusion: Brief group interventions, based on the cognitive behavioral approach, contributed to the reduction of trait anxiety and to the maintenance of cognitive function, pain, vigor and symptoms of breast cancer in survivors. The psycho-educational program seems more suitable for survivors, due to the effects on self-concept, more extent to long term. Implications are referred for the clinical practice and for the promotion of the mental health of this population.

Keywords: survivors, breast cancer, group intervention, mental health, psycho-educational intervention, cognitive behavioral therapy

4.5.3 Introdução

O cancro é uma das principais causas de morte (Organização Mundial de Saúde, 2008) e o cancro da mama é o tipo de cancro mais comum na nossa população (Ferlay et al., 2013). Prevê-se que a incidência e prevalência de cancro aumentem exponencialmente nas próximas décadas (Ferlay et al., 2010). Apesar do cancro da mama continuar a ser o que apresenta maior taxa de mortalidade na mulher Portuguesa (Direção Geral de Saúde, 2002), tem-se verificado variações desta taxa desde os anos 90 (Bastos, Barros & Lunet, 2007; Direção Geral de Saúde, 2002), o que está relacionado muito provavelmente com a abrangência e eficácia das medidas de deteção e tratamento (Aziz, 2002; McKean, Feigelson & Ross, 2000). Verifica-se que existe uma crescente incidência de cancro da mama (Ferlay et al., 2010), sendo o que representa a maioria de sobreviventes (Feuerstein, 2007a; Ries et al., 1997, 2008).

Este número exponencial de sobreviventes de cancro da mama, que neste trabalho são entendidas como todas as doentes de cancro da mama em período livre de sinais de doença, apresenta um risco acrescido de morbilidade. Para além de poderem sofrer de vários efeitos tardios e de longa duração físicos, pelo menos uma percentagem não negligenciável de sobreviventes de cancro da mama (que varia entre 15% e 40%, conforme os estudos) também apresenta morbilidade psicológica (Andreu et al., 2011; Burgess et al., 2005; Deimling, Kahana, Bowman & Schaefer, 2002; Fallowfield et al., 1990; Hewitt Greenfield & Stoval, 2005; Massie, 2004; Mehnert & Koch, 2008). São encontrados sintomas de depressão e de ansiedade, entre outros, o que pode comprometer a qualidade de vida, ou pelo menos alguns domínios da qualidade de vida destas doentes, como o domínio físico, sexual, psicológico, social, de papel e espiritual (Andreu et al., 2011; Burgess et al., 2005; Deimling et al., 2002; Fallowfield et al., 1990; Hewitt et al., 2005; Massie, 2004; Mehnert & Koch, 2008).

É neste seguimento que é defendido que são necessárias medidas de intervenção para promover a qualidade de vida desta população (Aziz, 2002, Aziz, 2007a; Bezjak et al., 2001; Bloom, Kang, Petersen & Stewart, 2007; Earle, 2006; Institute of Medicine, 2006, cit. por Doyle, 2008; Justo, 2001; Kattlove & Winn, 2003; Mols, Vingerhoets, Coebergh, & van de Poll-Franse, 2005; McCray, 2000; Morris, Perez & McNoe, 1997; Nezu & Nezu, 2007; Pais-Ribeiro, 2001; Pimentel, 2002, 2003; Rowland, 2007; Rowland & Bellizzi, 2008). Esta necessidade é ainda mais marcada por os estudos de eficácia de intervenções

para sobreviventes de cancro serem raros (McQuellon & Danhauer, 2007). A necessidade de estudo de intervenções específicas para os sobreviventes vai de encontro à conclusão de Diefenbach, Mohamed, Turner e Diefenbach (2010), que afirmam a importância das intervenções serem especializadas, não serem as mesmas para todos os tipos e fases de cancro, pelo que incentivam o desenvolvimento de intervenções com componentes para a sobrevivência.

Estas medidas de intervenção são especialmente importantes por se saber que as dificuldades psicológicas dos doentes de cancro, e dos sobreviventes em particular, são muitas vezes negligenciadas (Sellick & Crooks, 1999; Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins & Saul, 2001; Somerset, Stout, Miller, & Musselman, 2004; Söllner et al., 2001; Passik et al., 1998; Wolff, 2007), não recebendo tratamento, o que pode comprometer, não só a qualidade de vida, mas também a adesão aos tratamentos e a própria sobrevivência (Badger, Braden & Mishel, 2001; Badger, Braden, Mishel & Longman, 2004; Bui, Ostir, Kuo, Freeman & Goodwin, 2005; Friedman et al., 2006; Quinten et al., 2009; Skarstein, Aass, Fossa, Skovlund & Dahl, 2000; Tomich & Helgeson, 2002).

As intervenções psicológicas têm-se revelado eficazes na promoção do ajustamento psicológico e da qualidade de vida dos doentes de cancro em geral e do cancro da mama em particular (Antoni, 2013; Black-Mortimer, Gore-Felton, Kimerling, Turner-Cobb & Spiegel, 1999; Bottomley, 1997, 1998; Brothers, Yang, Strunk & Andersen, 2011; Devine & Westlake, 1995; Fawzy, 1999; Fawzy, Fawzy, Arndt & Pasnau, 1995; Fors et al., 2011; Giese-Davis & Spiegel, 2003; Jacobsen, Donovan, Swaine & Watson, 2006; Jacobsen & Jim, 2008; Luebbert, Dahme & Hasenbring, 2001; Marchioro et al., 1996; McQuellon & Danhauer, 2007; McMillan, Tittle & Hill, 1993; Meyer & Mark, 1995; Molassiotis, Yung, Yam, Chan & Mok, 2002; Redd, Montgomery & DuHamel, 2001; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008; Rowland & Massie, 2010; Schnur et al., 2009; Sheard & Maguire, 1999; Smith, Holcombe & Stullenbarger, 1994; Tatrow & Montgomery, 2006; Uitterhoeve et al., 2004). Nomeadamente, a revisão de Osborn, Demoncada e Feuerstein (2006) encontrou um tamanho do efeito elevado (1.99) das intervenções cognitivo-comportamentais em sobreviventes de cancro. Existem, contudo, revisões que concluem que as intervenções psicológicas só melhoram alguns resultados psicológicos a curto prazo (Edwards, Hailey & Maxwell, 2005), ou a curto e médio prazo (Faller et al., 2013), defendendo que a maioria dos estudos apresenta falhas metodológicas, pelo que os

resultados devem ser considerados com prudência e continuar a ser objeto de estudo de eficácia terapêutica com rigor (Faller et al., 2013; Lepore & Coyne, 2006; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Williams & Dale, 2006) e, outras ainda, refiram que ainda é inconclusivo se estas têm realmente um efeito benéfico (Ross, Boesen, Dalton & Johansen, 2002). Em suma, e como concluem autores como McQuellon e Danhauer (2007), é necessário continuar a investigação nesta área, apesar de existirem resultados promissores de algumas intervenções, especialmente das mais estruturadas, como a cognitivo-comportamental e a psico-educativa, pois questões centrais continuam sem resposta, nomeadamente que tipo de tratamento é mais eficaz para que tipo de doentes e em que fase da doença.

A terapia de grupo, em comparação com a terapia individual, apresenta várias vantagens, nomeadamente: apresenta melhor custo-benefício; fornece uma oportunidade de apoio social/emocional entre os doentes e potencia a autoestima por possibilitar o confronto com a capacidade de ajudar os outros membros do grupo (Spiegel et al., 1999); fornece oportunidade para um *feedback* imediato e para observação das respostas psicológicas, emocionais e comportamentais dos doentes (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). A vantagem do custo-benefício deste tipo de intervenção é também enfatizada por outros autores (Bottomley, 1997; Drossel, 2008; Hollon & Shaw, 1979), como Justo (2001), por ser adequada à política de saúde atual, aliando-se simultaneamente aos benefícios clínicos. Esta vantagem na gestão dos recursos está ligada a um psicoterapeuta conseguir atingir um número de utentes várias vezes superior ao possível individualmente (Justo, 2001).

O importante é que se pode afirmar que parece existir “poucas dúvidas atualmente de que a terapia de grupo é eficaz e eficiente” (Bieling et al., 2006, p. 4). A maioria dos estudos suporta a ideia de que a intervenção de grupo e especialmente a intervenção de grupo estruturada, que inclui estratégias cognitivo-comportamentais, são eficazes com doentes oncológicos (Cain, Kohorn, Quinlan, Latimer & Schwartz, 1986; Clark, Bostwick & Rummans, 2003; Fawzy, Cousins et al., 1990; Fawzy et al., 1993; Fawzy & Fawzy, 1994; Horne & Watson, 2011; Meyer & Mark, 1995; Newell et al., 2002; Rehse & Pukrop, 2003; Tatrow & Montgomery, 2006; Watson et al., 1996; Worden & Weisman, 1984) e especificamente com cancro da mama (Cunningham & Tocco, 1989; Helgeson et al., 2001; Rowland & Massie, 2010). Este tipo de intervenção tem sido apontado como um tratamento de primeira escolha para doentes de cancro (Jacobsen & Jim, 2008; National

Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; Osborn et al., 2006; Uitterhoeve et al., 2004; Williams & Dale, 2006), representando um tamanho de efeito médio elevado, de 0.77, para um largo espectro de queixas (Petrocelli, 2002).

O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2009) recomenda especialmente o uso da intervenção de grupo cognitivo-comportamental em adultos com problemas de saúde crónicos, bem como Jacobsen e Jim (2008), que referem que as estratégias de relaxamento, isoladas ou em conjunto com o ensino ou treino de competências, são as mais recomendadas para a prevenção e alívio da ansiedade e depressão na fase posterior ao final dos tratamentos ativos. Já em 1997, a equipa liderada por Kissane considerava que este tipo de terapia de grupo era adequado para a preparação para a fase de sobrevivência.

Como já outros autores notaram, os estudos clínicos randomizados com sobreviventes de cancro são raros, apesar de necessários para se puder conhecer a eficácia dos programas que têm sido desenvolvidos (McQuellon & Danhauer, 2007). A maioria das intervenções testadas e publicadas para ajudar e para promover o ajustamento emocional das doentes de cancro da mama têm sido realizadas na fase de tratamento (Ambler et al., 1999; Cunningham et al., 1998; Edelman et al., 1999a,b; Mock et al., 1994) ou, no máximo, na sobrevivência de curta duração, isto é, após um ou dois anos (Dolbeault et al., 2008, 2009; Edmonds, Lockwood & Cunningham, 1999; Fisher et al., 2013; Fukui et al., 2000; Fukui, Koike, Ooba & Uchitomi, 2003; Ganz et al., 2000; Hassanzade et al., 2012; Jones et al., 2013; Lethborg & Kissane, 2003; Post-White et al., 1996; Rutledge and Raymond, 2001; Rosberger, Edgar, Collet & Fournier, 2002; Simpson, Carlson, Back & Patten, 2002; Simpson, Carlson & Trew, 2001). E ainda menos estudos têm avaliado os efeitos positivos das intervenções psicológicas nas sobreviventes de cancro da mama (Sears, Stanton & Danoff-Burg, 2003).

Intervenção de grupo psicopedagógica

Segundo Brown (2005), a maioria dos estudos com intervenção de grupo psicopedagógica também indicam resultados positivos para os participantes, encontrando-se evidência de que se consegue reduzir a ansiedade e o medo quando é fornecida informação válida. A literatura indica que a intervenção psicopedagógica é útil para doentes oncológicos (Cunningham & Tocco, 1989), especialmente quando, para além de

conter informação sobre a doença, são integradas outras estratégias terapêuticas (Ali & Khalil, 1989; Gordon et al., 1980; Fawzy, Kemeny et al., 1990; Fawzy, Cousins et al., 1990; Pruitt et al., 1993). Vários autores indicam a continuação de realização de estudos com rigor metodológico sobre a eficácia desta intervenção em doentes oncológicos (e.g. Fors et al., 2011).

Programas de intervenção que incluem a psicoeducação, em conjunto com intervenções de natureza física, têm encontrado benefícios para sobreviventes de cancro (Berglund, Bolund, Gustafsson & Sjöden, 1994; Kwiatkowski et al., 2013), nomeadamente na avaliação de receção de informação, da força física e do espírito de luta (Berglund et al., 1994), e na qualidade de vida, ansiedade e depressão (Kwiatkowski et al., 2013).

Quanto a programas menos abrangentes, de intervenção psicoeducativa propriamente dita, os estudos de Fukui e colaboradores (2000, 2003), Jones e colaboradores (2013), Lethborg e Kissane (2003), Rosberger e colaboradores (2002), Simpson e colaboradores (2002) e Simpson e colaboradores (2001), aplicaram-nos em grupos de mulheres já no fim ou depois do fim dos tratamentos, em remissão da doença, ou seja, no nosso entender, em sobreviventes de curta duração. Helgeson, Cohen, Schulz e Yasko (2001) e Jones e colaboradores (2013) realizaram estudos com mulheres ainda em fase de tratamentos. E Dastan e Buzlu (2012) também estudaram este tipo de intervenção, mas não especificaram a fase da doença. Podemos observar que estes estudos levam às seguintes conclusões acerca da intervenção de grupo psicopedagógica: é percebida pelas sobreviventes de cancro da mama como adequada e benéfica às necessidades que encontram, ainda que a maioria considere que deveria ser mais extensa do que 4 sessões (Lethborg & Kissane, 2003); contribui para a melhoria do humor e da qualidade de vida (Fukui et al., 2000; Simpson et al., 2001), nomeadamente do funcionamento físico e da dor (Helgeson et al., 2001), do vigor ou vitalidade (Fukui et al., 2000; Helgeson et al., 2001); para a redução de psicopatologia e de sintomas depressivos (Simpson et al., 2001); para a alteração das estratégias de *coping* (Rosberger et al., 2002; Dastan & Buzlu, 2012), nomeadamente para a procura de apoio social satisfatório (Fukui et al., 2003), para a promoção do espírito de luta (Fukui et al., 2000) e para a redução do uso de respostas de evitamento e para acentuar os padrões de resolução de problemas nas que já apresentam esta estratégia (Rosberger et al., 2002). Um dos estudos não encontrou diferenças do início para o final do estudo em sobreviventes (Simpson et al., 2002), ao nível do apoio social, e

outro só encontrou diferenças no nível de conhecimentos acerca do período de transição e da preparação para regressar à vida normal (Jones et al., 2013).

Em Portugal, que seja do nosso conhecimento, foram realizados estudos preliminares, na Universidade de Aveiro com uma versão preliminar do programa psicopedagógico que utilizámos, com amostras pequenas de sobreviventes de cancro da mama, de 6 (Gonçalves, 2012) e 13 sobreviventes de cancro da mama (Araújo, 2011). Apesar dos tamanhos amostrais reduzidos, verificou-se a aplicabilidade do programa, para além de benefícios como a melhoria dos sintomas ansiosos e depressivos, da fadiga, do funcionamento físico, cognitivo e emocional (Araújo, 2011). Também Chiquelho, Neves, Mendes, Relvas e Sousa (2006) estudaram um programa de intervenção psicopedagógico de grupo para doentes oncológicos em fase de crise, o ProDoentes. E Sousa (2007) estudou o ProFamílias, para doentes e familiares de doentes de cancro, em fase de tratamento, que demonstrou alcançar melhores níveis de ajustamento psicossocial, diminuição do *stress* familiar e flexibilização do funcionamento familiar. Autores como Sousa (2007) também constataam a lacuna de investigação em Portugal a este nível e sugerem que para suplantá-la se devem realizar estudos com a população na fase de sobrevivência.

Intervenção de grupo cognitivo-comportamental

Estudos com doentes com vários tipos de cancro apresentam resultados positivos da intervenção cognitivo-comportamental de grupo, desde 1986. Telch e Telch (1986) encontraram superioridade da intervenção cognitivo-comportamental relativamente às outras duas condições (intervenção de suporte e ausência de intervenção), sendo 36% dos participantes doentes de cancro da mama. A superioridade verificou-se com a redução significativa nos distúrbios de humor no grupo experimental, em contraste com a ausência de alterações no grupo de suporte e com a deterioração no grupo sem intervenção. No mesmo sentido, Bottomley, Hunton, Roberts, Jones & Bradley (1997), encontraram superioridade de um grupo de intervenção cognitivo-comportamental na melhoria da ansiedade e dos estilos de *coping* relativamente a um grupo de apoio social e ao grupo de controlo, apesar destes efeitos não permanecerem até à avaliação de seguimento dos 3 meses. Goedendorp et al. (2010) verificou, num estudo multicêntrico randomizado com 220 doentes oncológicos, que este tipo de intervenção, com 10 sessões de grupo, é eficaz para a redução da fadiga durante os tratamentos. Petersson et al. (2000) verificaram num

estudo com 132 doentes oncológicos, em que 52% eram doentes de cancro da mama, que o nível de satisfação com as sessões de grupo é superior quando os grupos são homogéneos quanto ao tipo de cancro.

Programas de terapia de grupo cognitivo-comportamental dirigidos a sintomas específicos em mulheres com cancro da mama foram testados, nomeadamente dirigidos às insónias (Dirksen & Epstein, 2008; Espie et al., 2008; Savard, Simard, Ivers & Morin, 2005) e a sintomas menopáusicos (Hunter, Coventry, Hamed, Fentiman, & Grunfeld, 2009; Mann et al., 2012). Podemos verificar que os resultados indicam que estes programas são possibilidades eficazes para as doentes com esses sintomas, com efeitos positivos também ao nível da psicopatologia e da qualidade de vida. Intervenções como a de Fadaei e colaboradores (2011), que utilizam uma intervenção de grupo assente na intervenção emotivo-comportamental, dirigida à promoção da autoimagem especificamente, verificaram benefícios na autoimagem. Schnur e colaboradores (2009), que utilizaram uma intervenção cognitivo-comportamental de grupo em conjunto com hipnose, em mulheres a fazer radioterapia para o cancro da mama, encontraram diminuição de afeto negativo e aumento do positivo, em comparação com os controlos.

Verificamos grande heterogeneidade dos programas de intervenção utilizados, não só quanto ao número de sessões (em que existem programas com 5, 6, 8, 9, 10, 12 e 26 sessões), mas também quanto à composição do próprio programa. Contudo, todos partilham das características que consideramos ser distintivas de terapia cognitivo-comportamental, ou seja, todos englobam treino sistemático de estratégias cognitivo-comportamentais e tentam promover a generalização da utilização dessas estratégias.

Encontraram-se 3 estudos sobre a eficácia de terapia de grupo cognitivo-comportamental com sobreviventes de cancro da mama, que passamos a referir, o ensaio clínico randomizado de Dolbeault e colaboradores (2008, 2009), realizado em França; o estudo longitudinal, sem grupo de controlo, realizado recentemente na Holanda pela equipa de Fischer (2013), e o estudo *quasi*-experimental, com grupo de controlo não equivalente, da equipa Iraniana liderada por Hassanzade (2012). Em relação a estes, o facto de 2 não terem um grupo comparativo equivalente (Fischer et al., 2013; Hassanzade et al., 2012), faz com que não possamos concluir se os resultados se devem à intervenção ou a outros fatores. Apesar da maior robustez metodológica do estudo de Dolbeault e colaboradores (2008, 2009), os resultados referem-se a sobreviventes de curta duração e só foram

avaliados até 1 mês depois do final da intervenção, pelo que não sabemos a durabilidade dos efeitos obtidos. Torna-se assim evidente a necessidade de realização de mais estudos, como elevado rigor metodológico, que avaliem a eficácia deste tipo de intervenção em sobreviventes de longa duração, com avaliações de seguimento mais prolongadas. Estes estudos com sobreviventes verificaram os seguintes efeitos presumíveis da intervenção: diminuição do sofrimento emocional (Fischer et al., 2013), especificamente da depressão e da ansiedade (Dolbeault et al., 2008, 2009; Hassanzade et al., 2012); diminuição de emoções relacionadas com o cancro (Fischer et al., 2013), nomeadamente da raiva (Dolbeault et al., 2008, 2009); melhoria da perceção do estado de saúde (Dolbeault et al., 2008, 2009; Hassanzade et al., 2012), nos domínios das náuseas, vómitos, sintomas do sistema nervoso simpático e insónias (Hassanzade et al., 2012); melhoria do vigor, das relações interpessoais, do funcionamento emocional, do funcionamento de papel, da fadiga e diminuição da fadiga (Dolbeault et al., 2008, 2009).

Tendo em consideração os estudos que se debruçaram sobre a terapia de grupo cognitivo-comportamental com doentes de cancro da mama, nas várias fases da doença, verificamos que se encontraram vários resultados relacionados com a redução do sofrimento emocional, para além da redução desse sofrimento propriamente dito (Andersen et al., 2007; Antoni et al., 2006; Cohen & Fried, 2007; Fischer et al., 2013), nomeadamente: melhoria dos estados mentais positivos e do afeto positivo (Antoni et al., 2006); melhoria do funcionamento (Andersen et al., 2007; Taylor et al., 2003); melhoria da qualidade de vida (Lee, Lim, Yoo & Kim, 2011; Qiu et al., 2013); diminuição do *stress* (Groarke, Curtis & Kerin, 2012); melhoria na severidade e impacto dos problemas (McKiernan et al., 2010); diminuição da ansiedade (Andersen et al., 2004, Antoni et al., 2009; Chujo et al., 2005; Dolbeault et al., 2008, 2009; Groarke et al., 2012; Hassanzade et al., 2012); melhoria da depressão (Antoni et al., 2001; Chujo et al., 2005; Cocker, Bell & Kidman, 1994; Dolbeault, 2008, 2009; Edelman et al., 1999a; Hassanzade et al., 2012; Qiu et al., 2013); melhoria do humor (Chujo et al., 2005; Edelman et al., 1999a; Taylor et al., 2003); melhoria dos sintomas pós-traumáticos (Beatty & Koczwara, 2010); diminuição da emoção de raiva (Chujo et al., 2005; Cocker et al., 1994; Dolbeault et al., 2008, 2009); melhoria da autoestima (Cocker et al., 1994; Edelman et al., 1999a; Qiu et al., 2013); redução da fadiga (Cohen & Fried, 2007; Dolbeault et al., 2008, 2009; Lee et al., 2011) e melhoria de problemas de sono (Cohen & Fried, 2007; Hassanzade et al., 2012).

Também se verificou melhoria das competências de *coping* (Chujo et al., 2005; McKiernan et al., 2010), nomeadamente da capacidade de relaxar (Beatty & Koczwara, 2010; Phillips et al., 2008), do estabelecimento de objetivos (McKiernan et al., 2010), da reestruturação cognitiva (Beatty & Koczwara, 2010) e do apoio social percebido (Andersen et al., 2004; Antoni et al., 2006; Beatty & Koczwara, 2010; Dolbeault et al., 2008, 2009), bem como, a diminuição do desamparo/desesperança (Chujo et al., 2005). O aumento da perceção de benefícios alcançados com a doença também foi verificado (Antoni et al., 2001, 2006; Cruess et al., 2000; Groarke et al., 2012; McGregor et al., 2004). A melhoria de hábitos de vida saudáveis foi verificada por Andersen e colaboradores (2004) e por Antoni e colaboradores (2006), o que pode estar associado à redução do *locus* de controlo externo de saúde, encontrada por Cohen e Fried (2007). Foram, no entanto, encontrados alguns efeitos desfavoráveis, ainda que em estudos com limitações metodológicas relevantes, que impedem a generalização desses resultados. Foram disso exemplo, a diminuição da imagem corporal e da perspetiva de futuro, encontradas pelo estudo piloto, sem grupo de controlo e com uma amostra reduzida, de Chujo e colaboradores (2005). De forma semelhante, o estudo de caso de 5 participantes, de Beatty e Koczwara (2010), encontrou alterações desfavoráveis no evitamento cognitivo.

Antoni e colaboradores (2001) encontraram uma melhoria do otimismo, para além de terem encontrado uma mediação do nível de otimismo inicial na obtenção de resultados terapêuticos. Outros fatores mediadores foram encontrados, como os seguintes: o crescimento pós-traumático (Cruess et al., 2000); o maior nível de *stress* inicial (Groarke et al., 2012); o coping maladaptativo e o sofrimento psicológico inicial (McKiernan et al., 2010), a confiança em conseguir relaxar (Antoni et al., 2006) e a adesão à prática em casa das estratégias aprendidas (Cohen e Fried, 2007).

Em Portugal, que seja do nosso conhecimento, estudos com intervenção de grupo cognitivo-comportamental com sobreviventes de cancro da mama só foram realizados pela equipa da Universidade de Aveiro em estudos preliminares, com o programa de intervenção que utilizámos neste trabalho (Torres, Pereira & Monteiro, 2012; Pinto, 2012). Nestes estudos, foram utilizadas amostras menores de sobreviventes de cancro da mama, num deles com uma amostra reduzida de 7 mulheres (Pinto, 2012). Apesar dos tamanhos amostrais reduzidos, verificou-se a aplicabilidade do programa, para além de benefícios ao

nível da qualidade de vida, com aumentos significativos das funções física e social e a diminuição dos sintomas de náuseas e vômitos (Pinto, 2012).

Outros estudos foram realizados com intervenções de grupo que incluíam estratégias cognitivo-comportamentais, em doentes de cancro em fase de tratamento em Portugal. McIntyre, Fernandes e Pereira (2002) testaram um programa de intervenção com 4 sessões numa amostra de 40 doentes de cancro em fase de tratamento quimioterapêutico, com um grupo de controlo sem aleatorização e não equivalente ao grupo com intervenção. Apesar de a amostra ser heterógenea quanto ao tipo de cancro e dos grupos não serem equivalentes à partida, as autoras salientaram os efeitos não negligenciáveis ao nível do bem-estar psicológico, aceitação da doença e do *coping*. As equipas da Universidade do Minho desenvolveram ainda outros programas de intervenção de grupo para doentes oncológicos. São exemplo de programas para doentes oncológicos em geral, os da autoria de Pereira e Matos (1999) e de Pereira, Oliveira e Lobo (1998). Pereira e Lopes (2002) desenvolveram uma intervenção de grupo de apoio para familiares de doentes oncológicos, com uma equipa multidisciplinar. Pereira e Marques (2001) desenvolveram um programa de 4 sessões para mulheres mastectomizadas. Mais recentemente, Teixeira e Pereira (2011) desenvolveram um programa de intervenção de grupo com 8 sessões para doentes oncológicos assentes nos princípios das abordagens mente-corpo, que incluem estratégias cognitivo-comportamentais, não existindo ainda resultados da intervenção.

Existe, portanto, evidência científica da eficácia terapêutica das intervenções de grupo breves e estruturadas, de inspiração cognitivo-comportamental, em doentes com cancro da mama nas diferentes fases da doença. No entanto, são claramente necessários mais estudos para avaliação da eficácia desta intervenção na fase da sobrevivência, na qual a investigação internacional e nacional tem sido escassa, mas promissora.

O presente trabalho surge neste contexto, procurando estudar a eficácia de dois programas de intervenção de grupo breves, de inspiração cognitivo-comportamental, um de tipo psicopedagógico e outro de terapia cognitivo-comportamental, em sobreviventes de cancro da mama Portuguesas. Neste seguimento, serão apresentados os resultados de um estudo *quasi*-experimental de avaliação da eficácia de dois programas de intervenção de grupo breves e estruturados, de inspiração cognitivo-comportamental, ao nível do ajustamento psicossocial de sobreviventes de cancro da mama, através dos seguintes indicadores: sofrimento psicológico (níveis de sintomatologia de ansiedade e depressão);

estados de humor; *coping* e adaptação ao cancro; espiritualidade; controlo emocional; otimismo; autoconceito; crescimento pessoal e qualidade de vida. Os resultados encontrados com os dois tipos de intervenção serão objeto de comparação, no final da intervenção, após 3 e 6 meses, em comparação com um grupo sem intervenção. Também será estudada a associação dos resultados às seguintes variáveis: sintomas de ansiedade e depressão iniciais; estratégias de *coping* iniciais; traço de personalidade de ansiedade; autoconceito; otimismo; controlo emocional; espiritualidade e crescimento pessoal. As interações das variáveis demográficas e clínicas com os efeitos terapêuticos das participantes serão igualmente objeto de estudo.

4.5.4 Método

Amostra

A amostra principal em estudo foi constituída por 62 mulheres sobreviventes de cancro da mama, em fase livre de doença. A amostra foi convidada pessoalmente a participar nas sessões de grupo. O grupo de controlo foi convidado a participar num processo de avaliação longitudinal de 4 momentos, podendo receber intervenção depois do final do estudo. O convite foi feito a mulheres sobreviventes de cancro da mama pertencentes à Unidade de Senologia do Hospital de Braga e ao “Movimento Vencer e Viver” (MVV) da Liga Portuguesa Contra o Cancro. As participantes do MVV faziam parte das extensões do Núcleo Regional do Centro e de uma extensão do Núcleo Regional do Norte. Marcou-se entrevista individual com as convidadas que manifestaram interesse de participação.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: ter mais de 18 anos, ter sido diagnosticada com cancro da mama e recebido tratamento para a doença e não apresentar sinais de doença no momento de avaliação, encontrando-se em fase livre de doença, tratando-se, portanto, de sobreviventes desta doença.

Os critérios de exclusão consistiam nos seguintes: idade inferior a 18 anos; inaptidão para participar nas tarefas; incompatibilidade com um ou mais membros do grupo; evidência de antecedentes de perturbações psiquiátricas anteriores à doença, ideação suicida, dependência de substâncias psico-activas (como drogas e álcool) ou perturbações cerebrais orgânicas.

Convidaram-se 100 mulheres para intervenção de grupo, tendo-se uma taxa de recusa de 46% (ver Figura 1). Das que aceitaram realizar intervenção (54), somente 46 cumpriam os critérios de inclusão. Estas 46, que pertenciam a grupos institucionais preexistentes, foram distribuídas aleatoriamente, em grupos, pelos dois tipos de intervenção, tendo 26 mulheres sido submetidas a intervenção de grupo psicopedagógica e 22 a intervenção cognitivo-comportamental.

Adicionalmente 30 mulheres foram convidadas a participar num estudo de avaliação longitudinal com 4 momentos de avaliação, o nosso grupo de controlo (sem intervenção), tendo participado 14. Este grupo foi informado da possibilidade de participação na intervenção de grupo após o término do estudo.

A avaliação das variáveis foi realizada em 4 momentos, na entrada no estudo (Tempo 1), depois de 8 semanas (Tempo 2) e depois de 3 e 6 meses (Tempo 3 e 4), conforme tentamos esquematizar na Fig. 1.

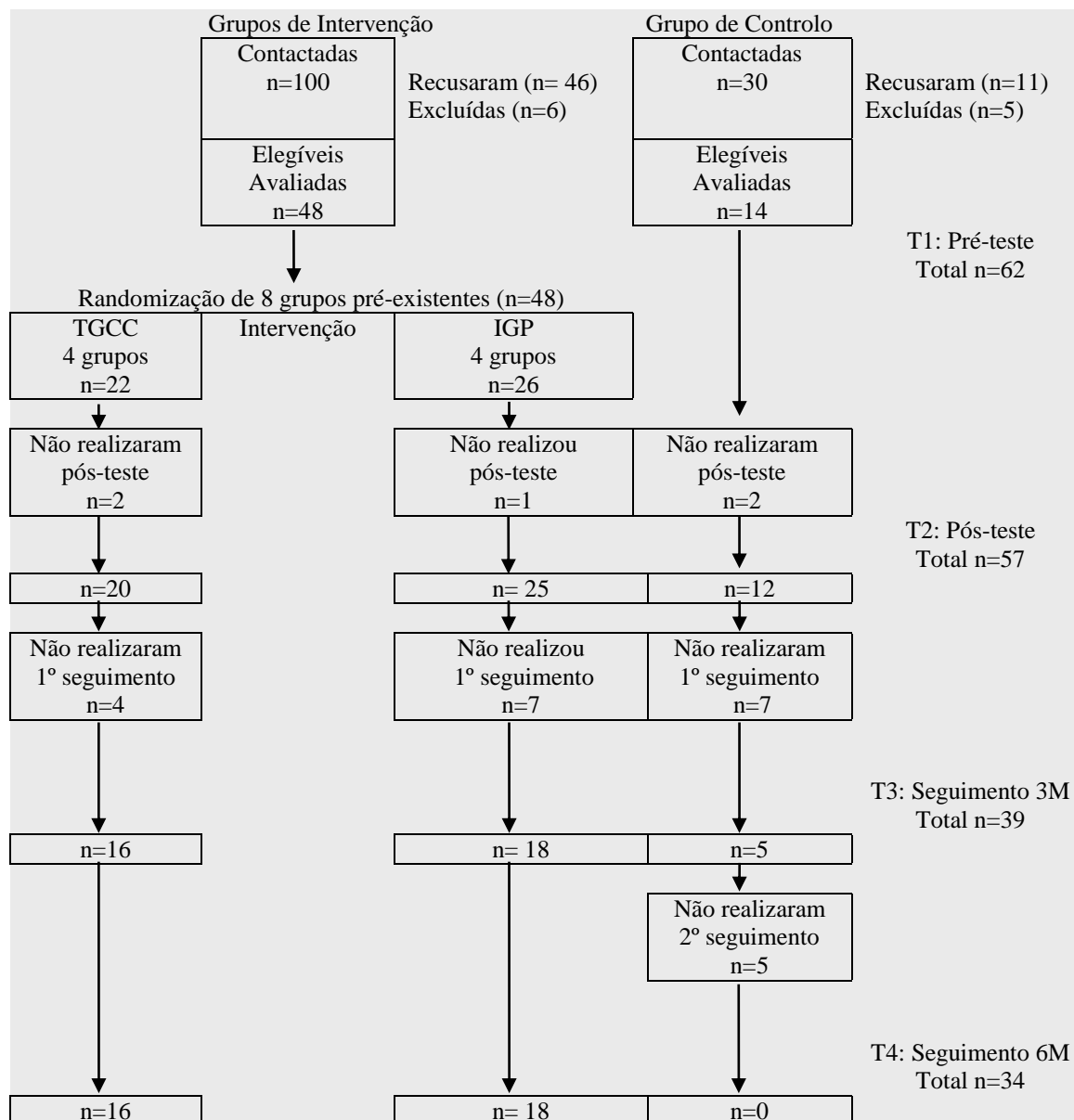


Figura 1. Diagrama de participação nas fases do estudo. TGCC=Terapia de grupo cognitivo-comportamental, IGP=Intervenção de grupo psicopedagógica, T=Tempo.

A amostra global apresentava uma idade média de 60.43 (Min=30; Max=85; SD=11.05). A maioria era casada (82.3%), tinha formação universitária (32.3%), seguindo-se as participantes com o 3º ciclo do ensino básico (24.2%). Profissionalmente, a maioria pertencia à categoria de técnicos e profissionais de nível intermédio (25.8%) ou de pessoal administrativo e similares (25.8%), segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011). No que diz respeito às variáveis clínicas, a grande maioria da amostra são sobreviventes de longa duração, com diagnóstico há mais de 5 anos (n=56, 90.3%), sendo 6 sobreviventes de curta duração, ainda a receber tratamentos sem

sinais atuais de doença (9.7%). A média de anos de diagnóstico é de 10.67 (DP=6.48), de anos de cirurgia é de 10.45 (DP=6.56) e de realização de reconstrução é de 6 (DP=3.55). A maioria detetou o cancro por autoexame (38.7%), realizou mastectomia (72.6%), esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares (56.5%), quimioterapia (66.1%) e hormonoterapia. A maioria não efetuou reconstrução mamária (79%) nem recebeu radioterapia (54.8%).

O grupo psicopedagógico foi constituído por sobreviventes com uma média etária de 63.04 (DP=8.23), que em média tinha recebido o diagnóstico há 12.5 anos. A maioria era casada (80.8%), tinha o 3º ciclo de escolaridade (38.5%), seguindo-se as com formação universitária (26.9%) e exerciam funções enquadradas nas de pessoal administrativo e similares (38.5%). Quanto às variáveis clínicas, a maioria detetou a doença por autoexame (50%), realizou mastectomia (73.1%), radioterapia (50%), quimioterapia (61.5%), hormonoterapia (53.8%) e esvaziamento dos nódulos linfáticos axilares (61.5%).

O grupo que recebeu terapia cognitivo-comportamental apresentou a idade média mais jovem, ainda que não significativamente diferente dos outros dois grupos em estudo, de 55.27 (DP= 13.30). A maioria era casada (86.4%), tinha formação universitária (36.4%) e exerciam funções enquadradas nas de técnicos e profissionais de nível intermédio (31.8%). Quanto às variáveis clínicas, a maioria detetou a doença por autoexame (31.8%), realizou mastectomia (63.6%), quimioterapia (72.7%) e esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares (54.5%).

A amostra do grupo de controlo apresentava uma média de idades de 63.92 (DP=9.11) e de 9.57 anos desde o diagnóstico. A maioria era casada (78.6%), tinha formação universitária (35.7%) e exerciam funções enquadradas nas de técnicos e profissionais de nível intermédio (42.9%). Em termos clínicos, a deteção foi feita em igual proporção por autoexame ou por outro meio diferente dos habituais (28.6%), tendo a maioria realizado mastectomia (85.7%), radioterapia (50%), quimioterapia (64.3%), hormonoterapia (57.1%) e esvaziamento dos nódulos linfáticos axilares (50%).

As subamostras são idênticas nas variáveis consideradas, conforme podemos observar nos quadros de caracterização da amostra (Ver Quadros 1, 2, e 3).

Também se verifica que as amostras de participantes são, em grande parte, idênticas às que desistiram sem completar o pós-teste (5 participantes), ainda que não completamente equivalentes. É encontrada uma diferença significativa na Perturbação total

de humor, que se baseia na resposta de 2 sobreviventes desistentes do grupo de terapia cognitiva que se encontravam na fase de tratamentos. Ainda em relação às desistências, as razões evocadas pelas sobreviventes foram as seguintes: indisponibilidade (evocada pela maioria das desistentes, 4 casos) e ativação emocional depois de participar em três sessões de intervenção psicopedagógica (1 caso). É de referir que a participante que sentiu incómodo depois das sessões de intervenção psicoeducativa tinha história de psicopatologia grave posterior ao cancro da mama (sintomas graves de amnésia, entre outros), com internamento prolongado.

Quadro 1

Caraterísticas sócio-demográficas e clínicas (Variáveis contínuas)

	Grupo de intervenção psicoeducativa (GIP)	Grupo de intervenção de terapia cognitivo- comportamental (GITCC)	Grupo de controlo (GC)	GIs versus GC	<i>Dropout</i> GIP	<i>Dropout</i> GITCC	<i>Dropout</i> GC	Part. <i>versus</i> dropouts
	n=26	n=22	n=14		n=1	n=2	n=2	
Variáveis sócio-demográficas e clínicas	M; Md; DP	M; Md; DP	M;Md; DP	H, p	M;Md; DP	M; Md; DP	M; Md; DP	H, p
Idade	63.04; 63.5; 8.23	55.27; 60; 13.30	63.92; 61; 9.11	4.78, .09	66; 66; 0	34; 34; 5.66	73; 73; 16.97	.26, .61
Anos desde diagnóstico	12.50; 12; 6.72	9.18; 11; 6.94	9.57; 8; 4.54	2.07, .36	18; 18; 0	.50; .50; .71	12.5; 12.5; 10.61	.37, .54
Anos desde cirurgia	12.15; 12; 6.91	8.71;11; 6.93	9.85; 9; 4.47	1.71, .43	18; 18;0	0; 0; 0	20; 20; 0	.02, .89
Anos desde reconstrução	5.75; 6; 1.26	4; 4; 1.41	8.5; 8.5; 7.78	1.45, .48	6; 6; 0	-	-	.20, .66
Número sessões radioterapia	27.15; 25; 10.10	27.71; 25; 4.19	30.5; 29; 7.45	1.13, .57	-	33; 33; 0	27.5; 27.5; 3.53	.58, .45
Número sessões quimioterapia	7; 6; 3.55	5.38; 6; 2.63	6.11; 6; 2.42	1.04, .59	0; 0; 0	7; 7; 1.41	12; 12; 0	.31, .58

M: Média, Md: Mediana, DP: Desvio-padrão, H: Teste de Kruskal Wallis, p: probabilidade

Quadro 2
Caraterísticas sócio-demográficas e clínicas (Variáveis categoriais)

	Grupo de intervenção psicoeducativa (GIP) n=26 n (%)	Grupo de terapia cognitivo- comportamental (GITCC) n=22 n (%)	Grupo de control (GC) n=14 n (%)	GIs versus GC χ^2 , p	<i>Dropout</i> GIP n=1 n (%)	<i>Dropout</i> GITCC n=2 n (%)	<i>Dropout</i> GC n=2 n (%)	Part. <i>versus</i> dropouts χ^2 , p
Estado Civil				1.89, .93				5.54, .136
Casada	21 (80.8)	19 (86.4)	11 (78.6)		1 (20)	2 (40)	1 (20)	
Divorciada	1 (3.8)	1 (4.5)	1 (6.3)		-	-	-	
Solteira	1 (3.8)	-	1 (6.3)		-	-	1 (20)	
Viúva	3 (11.5)	2 (9.1)	1 (6.3)		-	-	-	
Habilitações Literárias				12.12, .15				2.57, .63
1º Ciclo (1º-4º ano)	3 (11.5)	6 (27.3)	4 (28.6)		-	-	1 (20)	
2º Ciclo (5º-6º ano)	2 (7.7)	-	3 (21.4)		-	-	-	
3º Ciclo (7º-9º ano)	10 (38.5)	4 (18.2)	1 (7.1)		1 (20)	-	-	
Ensino Secundário (10º-12ºano)	4 (15.4)	4 (18.2)	1 (7.1)		-	-	-	
Formação Universitária	7 (26.9)	8 (36.4)	5 (35.7)		-	2 (40)	1 (20)	

	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2 , p	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2 , p
Categoria profissional				15.72, .20				2.8, .83
Quadros superiores	3 (11.5)	-	-		-	-	-	
Especialistas profissões intl. e cient.	2 (7.7)	3 (13.6)	-		-	-	-	
Técnicos e prof. de nível intermédio	3 (11.5)	7 (31.8)	6 (42.9)		-	1 (20)	1 (20)	
Pessoal administrativo e similares	10 (38.5)	4 (18.2)	2 (14.3)		1 (20)	1 (20)	-	
Pessoal dos serviços e vendedores	3 (11.5)	3 (13.6)	1 (7.1)		-	-	-	
Operários, artífices e trab. similares	4 (15.4)	2 (9.1)	3 (21.4)		-	-	1 (20)	
Trabalhadores não qualificados	1 (3.8)	3 (13.6)	2 (14.3)		-	-	-	
Meio de Detecção do Cancro				8.95, .35				4.53, .34
Autoexame p/ própria	13 (50)	7 (31.8)	4 (28.6)		-	-	1	
Exame rotina p/ médico	2 (7.7)	-	1 (7.1)		-	-	-	
Exames de rastreio p/ médico	6 (23.1)	3 (13.6)	1 (7.1)		-	-	-	
Rastreio LPCC	2 (7.7)	6 (27.3)	2 (14.3)		1	-	1	
Outro	3 (11.5)	5 (22.7)	4 (28.6)		-	2	-	
Tipo de cirurgia realizada				10.64, .22				3.71, .45
Mastectomia	19 (73.1)	14 (63.6)	12 (85.7)		-	2 (40)	2 (40)	
Quadrantectomia	3 (11.5)	-	2 (14.3)		-	-	-	
Tumorectomia	1 (3.8)	4 (18.2)	-		-	-	-	
Mastectomia dupla	2 (7.7)	1 (4.5)	-		-	-	-	
Quadr. + Mast.	1 (3.8)	2 (9.1)	-		1 (20)	-	-	

	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2 , p	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2 , p
Tipo de Tratamento								
Radioterapia	13 (50)	8 (36.4)	7 (50)	1.07, .59	-	1 (20)	-	.48, .49
Quimioterapia	16 (61.5)	16 (72.7)	9 (64.3)	.69, .71	-	2 (40)	1 (20)	.09, .76
Hormonoterapia	14 (53.8)	9 (40.9)	8 (57.1)	1.56, .46	1 (20)	1 (20)	1 (20)	.18, .67
Esvaziamento Axilar	16 (61.5)	12 (54.5)	7 (50)	.54, .76	-	2 (40)	1 (20)	.03, .87

n: tamanho da amostra, %: percentagem, χ^2 : Teste do qui-quadrado, p: probabilidade

Quadro 3

Caraterísticas psicossociais das participantes do estudo

	Grupo de intervenção psicoeducativa (GIP) n=26	Grupo de terapia cognitivo- comportamental (GITCC) n=22	Grupo de control (GC) n=14	GIs versus GC	<i>Dropout</i> GIP n=1	<i>Dropout</i> GITCC n=2	<i>Dropout</i> GC n=2	Part. <i>versus</i> dropouts
Variáveis psicossociais	M; Md; DP	M; Md; DP	M;Md; DP	H, p	M;Md; DP	M; Md; DP	M; Md; DP	U, p
Controlo Emocional – CEC Scale	42.8; 44; 6.35	47.76; 49;10.06	52.44; 49; 12.94	4.37, .11	43; 43; 0	43; 43; 11.31	-	50, .55
<i>Coping</i>								
CCQ individual	35.78; 36; 4.18	33.94; 34; 6.58	30.67; 31; 10.46	1.44, .49	38; 38; 0	27.5; 27.5; 6.36	-	50, .43
CCQ interpessoal	14.35; 13.5; 6.75	14.5; 16; 4.95	12; 12; 4.61	1.22, .54	9; 9; 0	20.5; 20.5; .71	-	43.5, .37
<i>Sintomatologia</i>								
EADH Ansiedade	6.19; 5.5; 3.81	7.27; 7; 4.78	6.69; 7; 3.90	.52, .77	9; 9; 0	14.5; 14.5; 4.95	4; 4; 0	62, .13
EADH Depressão	3.28; 3; 2.78	4.14; 3; 3.44	4.62; 5; 3.31	1.56, .46	7; 7; 0	6.5; 6.5; 3.54	2; 2; 0	70.5, .23
PHQ-9	4.92; 4; 4.67	5.76; 7; 3.51	6.25; 4.5; 3.86	.88, .64	-	7.5; 7.5; 3.54	-	20, .41
Perturbação Total Humor (POMS)	108.71; 106; 19.32	106.75; 108; 14.57	107.33; 108; 10.37	.03, .99	-	128; 128; 2.83	-	2, .04*
Ansiedade estado – STAY Y1	42.5; 44.5; 11.53	38.67; 39.5; 8.47	44.13; 44; 8.13	1.89, .39	-	50; 50; 5.66	-	12, .16
Ansiedade traço – STAY Y2	36.54; 33; 12.01	40.45; 42.50; 8.89	42.9; 40; 8.66	2.76, .25	35; 35; 0	50; 50; 2.83	-	39.5, .33
<i>Qualidade de vida e</i>								
estado de saúde geral	67.95; 66.67; 16.28	69.7; 75; 22.2	74.36;66.67;15.01	.80, .67	66.67; 66.67; 0	58.33; 58.33; 23.57	66.67; 66.67; 0	77.5, .28
Otimismo – TOV	11.04; 12; 3.68	11.05; 11.5; 3.18	9.73; 10; 4.76	.61, .74	13; 13; 0	8.5; 8.5; .71	16; 16; 0	97, .74
Autoconceito – ICAC	75.6; 75; 6.86	77.7; 78.5; 7.09	75.2; 73.5; 6.84	1.96, .37	79; 79; 0	74; 74; 18.38	87; 87; 0	97, .74
Crescimento pessoal – EBEP	70; 70.5; 6.25	69.38; 71; 10.39	65.91; 70; 13.07	.37, .83	-	-	84; 84; 0	0, .09
Espiritualidade	15.45; 15; 3.14	16.3; 16; 2.58	14.17; 14; 4.02	1.93, .38	-	-	-	-

M: Média, Md: Mediana, DP: Desvio-padrão, H: Teste de Kruskal Wallis, U: Teste de U de Mann-whitney, p: probabilidade

Instrumentos de Avaliação

Todas as participantes responderam ao questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica, para além dos seguintes instrumentos de avaliação:

- a) Questionário de Formas de Lidar com o Cancro (CCQ; Moorey & Greer, 2003; versão Portuguesa: Torres, Pereira & Monteiro, No prelo);
- b) Escala de Controlo Emocional (CEC; Watson & Greer, 1983; versão Portuguesa: Patrão, 2007);
- c) Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão Portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2007);
- d) Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia de Investigação e Tratamento de Cancro com o módulo suplementar de cancro da mama (EORTC QLQ-C30 e BR-23; Aaronson et al., 1993, Versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008);
- e) Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) de Vaz Serra (1986);
- f) Teste de Orientação de Vida - Revisto (TOV-R; Scheier, Carver & Bridges, 1994; versão Portuguesa de Monteiro, Tavares & Pereira, 2006);
- g) Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9; Spitzer, Kroenke & Williams, 1999; versão Portuguesa: Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2013);
- h) Perfil dos Estados de Humor (POMS; McNair, Lorr & Droppleman, 1992; versão Portuguesa: Viana, Almeida & Santos, 2001);
- i) Subescala de Crescimento Pessoal da Escala de Bem-Estar Psicológico (Ryff & Essex, 1992; versão Portuguesa; Novo, Silva & Peralta, 1997);
- j) Subescala de Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007b);
- k) Inventário de Estado-traço de Ansiedade (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; versão Portuguesa: Silva & Campos, 1998).

O Questionário de Caracterização Sócio-demográfica e Clínica (Anexo C) permitiu recolher dados sobre a idade, a escolaridade, o estado civil, a situação profissional, a data de diagnóstico do cancro, a forma de deteção do cancro e o tipo de tratamentos realizados e a realizar.

O CCQ é uma escala de autoresposta concebida para medir estratégias ensinadas na terapia psicológica adjuvante e noutras intervenções de inspiração cognitivo-comportamental para doentes oncológicos. Os autores colocam a hipótese da escala avaliar as estratégias de *coping* para lidar com o cancro, que consiste num dos mecanismos de

mudança a partir dos quais a terapia cognitivo-comportamental atua. O questionário original era inicialmente constituído por 41 itens, tendo ficado a versão final com 21 itens. É constituído por duas subescalas, a escala individual (itens 1 a 14) e a interpessoal (itens 15 a 21), em que cada item é avaliado por uma escala de resposta de 4 níveis (1-4), de “nunca” a “muito frequentemente”, respetivamente. A partir da questão 15 (subescala interpessoal) só responde quem tiver parceiros. Quanto maiores as pontuações obtidas nas subescalas e fatores, mais estratégias de *coping* os respondentes revelam. No estudo de validação original do CCQ, encontrou-se uma boa consistência interna de 0.87 (nos itens da escala individual) e 0.82 (nos itens da escala interpessoal) para doentes com cancro da mama (Moorey et al., 2003). A validade teste-reteste da subescala individual obtida foi de 0.90 ($n=25$, $p<0.001$) e de 0.84 ($n=19$, $p<0.001$) para a subescala interpessoal. A versão Portuguesa validada por nós (Torres et al., No prelo) encontrou um alfa de Chronbach de .80 e uma estabilidade temporal razoável para a subescala individual ($rS= .59$) e interpessoal ($rS= .65$).

A HADS é uma escala composta por uma subescala de ansiedade e uma subescala de depressão, ambas constituídas por 7 itens (respetivamente 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13 e 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14), permitindo avaliar a sintomatologia na semana precedente. As respostas a cada item podem ser quantificadas numa escala tipo Likert, variando de 0 a 3, com os valores mais elevados a revelarem maior sofrimento psicológico. Assim, cada item permite a escolha entre quatro opções de resposta, em que o paciente deve escolher aquela que corresponde à forma como se tem sentido durante a última semana. Cada subescala pode ter uma pontuação que varia entre 0 e 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e de depressão. Quanto ao grau de severidade, os autores apontam a seguinte classificação, quer para ansiedade quer para a depressão: valores entre 0-7 “normal”, 8-10 “leve”, 11-15 “moderada” e, 16-21 “grave” (Zigmond & Snaith, 1983). Relativamente às qualidades psicométricas, apresenta no estudo original correlações entre .41 e .76 na sub-escala de ansiedade e entre .30 e .60 na de depressão, e na validação Portuguesa um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0.76 para a subescala de ansiedade e de 0.81 para a subescala de depressão (Pais- Ribeiro et al., 2007). No que se refere à validade teste-reteste, apesar da validação Portuguesa não a ter avaliado com doentes oncológicos, as correlações que variaram entre .43 e .75 permitiram concluir que este instrumento avalia

os estados e não os traços dos doentes. É, portanto, um instrumento que parece conseguir ser sensível às alterações de estado a nível de depressão e ansiedade.

A CEC é constituída por 17 itens (o item 11 é de cotação invertida) agrupados em três subescalas que avaliam o grau de controlo emocional da raiva, tristeza e ansiedade, isto é, o controlo de respostas afetivo-negativas. Trata-se de escala de resposta tipo Likert de 4 pontos variando de “quase nunca” a “quase sempre”, sendo o resultado total dado pela soma de todos os itens, e o resultado para cada subescala, obtido pela soma dos itens correspondentes. A sub-escala de Raiva é constituída pelos itens A, B, C, D, E, e F, a de Ansiedade pelos itens G, H, I, J e K e a de Tristeza pelos itens L, M, N, O, P e Q. Assim, as pontuações mais elevadas correspondem a um nível de maior controlo emocional. Esta escala evidencia boas qualidades psicométricas apresentando um coeficiente alfa de Cronbach no estudo original de 0.86 (Watson & Greer, 1983) e de .91 na versão Portuguesa (Patrão, 2007). Também apresentou uma boa validade teste-reteste no estudo original, de $r=.95$ ($p<.001$) para a escala total, de $r=.86$ ($p<.001$) para a sub-escala de raiva, de $r=.84$ ($p<.001$) para a sub-escala de ansiedade e de $r=.89$ ($p<.001$) para a sub-escala de tristeza.

O EORTC QLQ-C30 é um questionário de autorelato desenvolvido para avaliar a qualidade de vida (QdV) relacionada com a saúde de pacientes com doença oncológica. É apropriado para ser usado desde o momento do diagnóstico até à sobrevivência de longo prazo. O preenchimento demora cerca de 12 minutos (Fossa, Aass & Opjordsmoen, 1994). É constituído por 30 questões, distribuídas por quatro formulários, que contribuem para o resultado de 5 escalas funcionais (de funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e de papel), 3 escalas de sintomas (de fadiga, dor, náusea e vómitos) e para uma escala de avaliação da condição global (saúde e QdV). Estas questões contribuem também para o resultado das restantes 6 escalas, de um único item, que descrevem sintomas apresentados frequentemente por pessoas com cancro (de dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras). Os valores mais elevados nas escalas funcionais e na escala de estado de saúde ou QdV global indicam um melhor nível de funcionamento ou QdV, enquanto os valores mais elevados nas escalas de sintomas ou de um único item indicam um maior nível de sintomatologia ou problemas. A maioria dos itens são avaliados por uma escala tipo Likert de 4 pontos (“não”, “um pouco”, “bastante” e “muito”), com a exceção dos dois itens da sub-escala de Saúde global e QdV, que usam uma escala

modificada analógica linear de 7 pontos (em que “1” é péssima e “7” ótima). A pontuação é padronizada e varia de 0-100, com uma pontuação mais elevada indicando uma maior QdV. A escala de QdV global é uma medida breve e geral de QdV, com alta confiabilidade interna e validade preditiva. A versão Portuguesa apresentou um alfa de Cronbach para a escala de Saúde e QdV Global de .88 e valores a variar de .57 e .87 para as restantes sub-escalas, sendo a de funcionamento cognitivo e a de funcionamento emocional as que apresentaram os valores extremos (Pais-Ribeiro et al., 2008). Os valores obtidos de correlação entre as duas aplicações do instrumento foram moderados, entre .16 e .31 para as sub-escalas funcionais e entre .21 e .39 para as escalas de sintomas, indicando que consiste numa medida de estado, ou seja, sensível às variações da qualidade de vida (Pais-Ribeiro et al., 2008). Segundo a organização que a desenvolveu, esta escala é o questionário central para avaliar a QdV de doentes com cancro (Fayers, Aaronson, Bjordal & Sullivan, 1997).

O ICAC é constituído por 20 itens que são avaliados segundo a cotação de 1 a 5 (exceto os itens 3, 12, 18 que se cotam inversamente), assim, a pontuação varia de 20 a 100 pontos totais, sendo que quanto maior for a pontuação obtida melhor é o autoconceito. Avalia 4 fatores: Aceitação/Rejeição Social, Auto-eficácia, Maturidade Psicológica e Impulsividade-Actividade. Este inventário revela boa consistência interna apresentando um coeficiente de Spearman-Brown de 0.79. Também apresenta uma boa estabilidade temporal (.84). A validade de constructo foi medida através da correlação entre uma classificação pessoal de autoconceito e a nota global da escala, apresentando uma correlação de .47. Também foi determinada a correlação com cada um dos fatores da escala, obtendo-se uma correlação estatisticamente significativa para os quatro fatores utilizados, ainda que o de Maturidade Psicológica apresente a correlação mais baixa, de .20.

O TOV-R é um instrumento de autorresposta que procura avaliar o otimismo. É constituído por 8 itens numa escala de resposta tipo Likert de cinco pontos que varia de 0 (“*discordo totalmente*”) a 4 (“*concordo totalmente*”). Dos 8 itens, dois são formulados de modo positivo (itens 2 e 8), dois itens são formulados de modo negativo (itens 5 e 7) e quatro itens são neutros (itens 1, 3, 4 e 6). Os itens neutros não têm como objetivo avaliar o otimismo disposicional, pelo que não são incluídos na análise de dados. Nesta análise, os valores dos itens formulados de modo negativo devem ser invertidos, para que quanto maior for a nota global do teste maior seja o índice de otimismo disposicional (Monteiro,

2008). Os estudos psicométricos efetuados na versão Portuguesa revelaram um coeficiente alpha de Cronbach de 0.66. No estudo principal, o coeficiente alpha de Cronbach encontrado foi de 0.74.

O PHQ-9 é uma escala tipo Likert breve constituída por 9 itens da versão completa do PHQ. O PHQ-9 é baseado diretamente nos critérios de diagnóstico da perturbação depressiva *major* do DSM-IV que permite avaliar os sintomas desta perturbação e a gravidade dos mesmos. Assim, cotando de 0 (“*nada*”) a 3 (“*quase todos os dias*”) cada item, a pontuação pode variar de 0 a 27, sendo maior a severidade de sintomas quanto maior for a pontuação total obtida na escala. Os resultados para a gravidade são classificados de forma que: de 0 a 5 se considera ausência de sintomas; de 6 a 9, sintomatologia leve; de 10 a 14, sintomatologia moderada; de 15 a 19, sintomatologia moderada a severa e maiores que 20, sintomatologia severa (Kroenke & Spitzer, 2002; Kroenke et al., 2001). A validação Portuguesa deste instrumento revelou boas características psicométricas, nomeadamente um alfa de Cronbach de .86 e uma estabilidade temporal de ICC= .87.

O Perfil de Estados de Humor (POMS) é um instrumento de auto resposta que pretende avaliar os estados de humor, constituído por 30 itens dos 65 da versão original. A pontuação das questões é cotada segundo uma escala de tipo Likert, de 5 níveis que varia de 0 (“*nada*”) a 4 (“*muitíssimo*”). Composta por seis sub-escalas, apresenta valores de alpha de Cronbach que revelam boa consistência interna: depressão (0.88), tensão (0.75), hostilidade (0.85), confusão (0.72), fadiga (0.91) e vigor (0.88). Para além destas sub-escalas, é ainda possível obter uma pontuação total de Perturbação Total do Humor, que consiste numa estimativa do estado afetivo do humor, calculada com a soma das sub-escalas negativas (tensão, depressão, ira, confusão e fadiga) e subtraindo o resultado da escala positiva (vigor), adicionando-se uma constante de 100. Uma primeira adaptação para Portugal foi a de Viana e Cruz (1993), no entanto, a publicação dos primeiros resultados da adaptação para Portugal foi realizada por Viana et al. (2001), que apresentaram resultados equivalentes num estudo posterior de Cruz et al. (2008).

A Escala de Espiritualidade é constituída por 5 questões e as respostas são dadas numa escala de respostas tipo *Likert* com quatro alternativas (de “1- não concordo” a “4- plenamente de acordo”). Esta escala é composta por duas dimensões: as crenças (itens 1 e 2) que se centra na dimensão espiritual focalizada na atribuição de sentido/significado da

vida e a esperança/otimismo (itens 3, 4 e 5), que tem por base a construção da esperança e de uma perspetiva de vida positiva. As propriedades psicométricas desta escala evidenciam valores de validade e fidelidade adequados. O alfa de Cronbach para a dimensão das crenças é de 0.92, enquanto na dimensão esperança/otimismo é de 0.69, sendo a consistência interna global da escala de 0.74 (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007b).

A versão original da Subescala de Crescimento Pessoal da Escala de Bem-Estar Psicológico apresenta boas características psicométricas, com valores de alfa de Chronbach para a consistência interna entre .86 e .93 para as seis sub-escalas (Ryff & Essex, 1992). A versão Portuguesa encontrou resultados de coeficientes de alfa de Cronbach a variar entre .74 e .86 para as seis escalas e .93 para o conjunto das escalas (Novo et al., 1997). Nesta investigação vamos apenas usar a subescala de crescimento pessoal que pretende identificar a perceção pessoal de um contínuo desenvolvimento, a abertura a novas experiências e o interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal. Esta subescala afigura-se como uma das mais importantes na determinação do bem-estar psicológico, apresentando um valor de alfa de Cronbach de .74. Os 14 itens desta subescala são constituídos por afirmações de carácter descritivo e a modalidade de resposta é do tipo Likert com 6 categorias de resposta, de 1-“discordo completamente” a 6-“concordo completamente”. Os itens construídos de forma positiva identificam características convergentes para a dimensão avaliada (com uma pontuação ordenada de 1 a 6), enquanto os negativos afirmam a ausência ou menor intensidade das características (com uma pontuação em escala inversa). Um resultado final elevado corresponderá a um elevado nível de bem-estar (Novo, 2000).

O Inventário de Estado-traço de Ansiedade (STAI) é constituído por duas escalas de 20 itens de auto-resposta que avaliam a ansiedade estado (Y1) e a ansiedade traço (Y2). Ao responder à escala de ansiedade-estado, o individuo é instruído para escolher a opção que melhor descreve a intensidade da ansiedade nesse momento, enquanto ao responder à de ansiedade-traço, é-lhe pedido que indique como se sente geralmente. Cada item é avaliado mediante uma *rating scale* de tipo *Lickert* de 4 pontos, de “1-Quase nunca” a “4-Quase sempre”. É a soma dos itens que leva aos resultados nas escalas, sendo que existem itens invertidos (itens invertidos do Y1: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20; itens invertidos do Y2: 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16 e 19), podendo os totais variar de 20 a 80 pontos. Quanto mais alta é a pontuação maior é o nível de ansiedade, considerando-se que a partir dos 40 pontos a

ansiedade pode ser disfuncional. A versão portuguesa das escalas revelam qualidades que asseguram a adequação do instrumento, nomeadamente níveis de consistência elevados em mulheres adultas, .91 e .93 para o Y1 e entre .89 e .90 para o Y2 (Silva & Campos, 1998).

Programas de Intervenção

Os programas em estudo, pelas características que possuem, podem ser considerados programas de intervenção de grupo manualizados, para grupos homogêneos (quanto ao género sexual, tipo e fase do cancro) e fechados.

Em relação aos terapeutas, há a referir que os programas foram desenvolvidos, aplicados, testados e avaliados por psicólogos com formação básica teórica e prática cognitivo-comportamental, com formação específica em terapia de grupo, para além de experiência clínica em psico-oncologia e detentores de cédula profissional atribuída pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). A terapeuta principal, comum a todos os grupos de intervenção realizados, recebeu ainda formação prática no programa de intervenção de grupo com a autora principal de um programa em que nos baseamos especialmente, a Sylvie Dolbeault (em Dezembro de 2009).

Os programas basearam-se noutros programas de intervenção de grupo com eficácia comprovada, como os seguintes: Edelman, Bell & Kidman (1999b); Fawzy, Fawzy & Canada (2001); Helgeson, Cohen & Schultz (2001); Dolbeault et al. (2008, 2009). Sendo de referir que nos baseamos especialmente no programa de intervenção de Dolbeault et al. (2008, 2009) para o desenvolvimento do programa de terapia de grupo cognitivo-comportamental, não só por ser dos estudos empíricos com maior rigor metodológico com sobreviventes de cancro da mama a apresentar eficácia terapêutica, mas também pela terapeuta principal ter recebido formação neste programa específico com a principal autora.

Foram utilizados dois programas de intervenção de grupo breves e estruturados, um programa de intervenção psicopedagógico e um de terapia cognitivo-comportamental, que diferiram especialmente na sistematização das estratégias cognitivo-comportamentais e na promoção da generalização das mesmas.

Em relação aos objetivos específicos de cada um dos programas de intervenção, o programa de terapia cognitivo-comportamental tem como objetivos ensinar, treinar e generalizar estratégias cognitivo-comportamentais, tais como: identificação, desafio e

modificação de padrões de pensamento disfuncionais; treino de estratégias de *coping* comportamentais, como a comunicação assertiva, o estabelecimento de objetivos, o método de resolução de problemas, a respiração abdominal e o relaxamento muscular progressivo; melhoria da expressão das preocupações relacionadas com o cancro e das emoções associadas, bem como, melhoria da comunicação com os outros em geral, especialmente com as pessoas mais significativas e com os técnicos de saúde. Enquanto o programa de intervenção psicopedagógico tem antes como objetivo familiarizar as participantes com informação sobre a sobrevivência, sobre técnicas e estratégias para lidar com os efeitos físicos e psicológicos da doença e dos tratamentos. Com esta familiarização tem-se em vista o aumento do sentimento de controlo através do conhecimento dos hábitos de vida sugeridos para sobreviventes, e das estratégias que podem utilizar como a resolução de problemas, o estabelecimento de objetivos de vida, a utilização de estratégias de *coping* adequadas, o uso de estratégias de comunicação eficazes e a realização de atividades de prazer. Estas estratégias cognitivo-comportamentais, apesar de serem objeto didático deste programa psicopedagógico, numa dada sessão, não são treinadas sistematicamente ao longo das sessões, ao contrário do que se verifica no programa de terapia cognitivo-comportamental. A estratégia de *role-play* é também exclusivamente utilizada no programa de terapia cognitivo-comportamental.

Ambas são intervenções breves e estruturadas, assentes na abordagem cognitivo-comportamental, no entanto, enquanto na intervenção psicopedagógica se familiariza as participantes com diversas estratégias, sendo cada uma abordada numa só sessão, na terapia de grupo cognitivo-comportamental, as estratégias de reestruturação cognitiva são o foco central de todas as sessões, para além de se praticarem outras estratégias ao longo de todas as sessões, como o relaxamento (no final de todas as sessões), o *role-play*, o método de resolução de problemas, entre outras. Para além disso, na terapia de grupo cognitivo-comportamental a promoção da generalização das estratégias é assegurada pela prescrição de trabalhos de casa, o que não se verifica na intervenção psicopedagógica.

O programa de intervenção psicoeducativo é constituído por 8 sessões semanais consecutivas, com a duração de aproximadamente uma hora e meia, e é conduzido por dois terapeutas. A informação apresentada ao longo das sessões é facultada no final do programa a todas as participantes, bem como o material auxiliar com informação sintética das sessões, incluindo instruções de exercícios específicos para mulheres que foram

sujeitas a cirurgia. É dada ênfase ao aumento do sentimento de controlo através da resolução de problemas e do estabelecimento de objetivos de vida. Para problemas específicos, são indicadas soluções ou estratégias de *coping* adequadas. As participantes também são instruídas nas estratégias de comunicação eficazes e encorajada a comunicação assertiva com amigos, familiares, profissionais de saúde e outros. As participantes são ainda motivadas para utilizar recursos de *coping* de que dispõem, incluindo interesses com amigos e familiares, bem como atividades de prazer. Este programa inclui ainda a familiarização com algumas estratégias cognitivo-comportamentais, como o relaxamento, a reestruturação cognitiva, a análise de custo-benefício, a meditação, a comunicação assertiva e o método de resolução de problemas.

Os temas das 8 sessões encontram-se no quadro 4.

Quadro 4

Temas das sessões do programa psicoeducativo

Sessão	Tema
Sessão 1.	Apresentação
Sessão 2.	As causas do cancro: Promoção de um estilo de vida contra o cancro
Sessão 3.	Alterações corporais relacionadas com os tratamentos e o impacto na autoestima: Como lidar com as alterações e melhorar a autoestima
Sessão 4.	As dificuldades psicológicas encontradas em sobreviventes de cancro: Aprender a gerir as emoções
Sessão 5.	Método de Resolução de Problemas, Relaxamento, Meditação e Espiritualidade
Sessão 6.	Lidar com a incerteza e com o medo de recorrência
Sessão 7.	A comunicação nas relações interpessoais: a família, os amigos e colegas, os profissionais de saúde e os outros
Sessão 8.	Conclusão do grupo e objetivos para o futuro

O programa de terapia cognitivo-comportamental compreende também oito sessões de grupo semanais, cada uma com 1h30 a 2h de duração e deve ser dirigido por dois terapeutas. Em cada uma das sessões semanais é pedido às participantes a realização de trabalhos de casa, que consistem no preenchimento de registos de auto monitorização (com descrição da situação, emoções, pensamentos, comportamentos e consequências) e de outras tarefas adicionais que se considerem frutíferas de acordo com o tema. Cada uma das sessões inicia-se com um componente de fornecimento de informação acerca de um dado tema, bem como, com a explicação do racional teórico cognitivo-comportamental referente

ao tema (que é diferente em todas as sessões). Depois deste momento da sessão, existe sempre a discussão do tema, o que pode ser feito com o grupo todo ou com pequenos grupos de dois ou três participantes. A discussão do tema parte da análise dos trabalhos de casa de três participantes. Trata-se da fase mais longa da sessão e tem a duração de aproximadamente 1 hora. Antes do final da sessão é solicitada uma síntese breve da sessão e procede-se à distribuição e explicação dos trabalhos de casa. Cada sessão conclui-se com o treino muscular progressivo com oito grupos musculares. Os temas das 8 sessões são os apresentados no quadro 5.

Quadro 5

Temas das sessões do programa de terapia de grupo cognitivo-comportamental

Sessão	Tema
Sessão 1.	Apresentação
Sessão 2.	Genética, o papel do stress e o impacto das hormonas
Sessão 3.	Impressão de mutilação, aumento de peso, dor no braço
Sessão 4.	Reorganização da limpeza, compras, retorno ao trabalho
Sessão 5.	Medo de reincidência, o controlo é suficiente?
Sessão 6.	Como é que eu posso dizer? Conflitos familiares
Sessão 7.	Problemas com os prestadores de cuidadores de saúde: a falta de informações
Sessão 8.	Viver e Objetivos pessoais

Procedimentos

Para concretização do presente estudo foi necessário pedir autorização para a realização do estudo nas instituições onde foram recolhidas as amostras, ou seja, a Unidade de Senologia do Hospital de Braga e a Liga Portuguesa contra o Cancro (Núcleo Regional do Centro e Norte). Este trabalho teve a aprovação da Comissão de ética, conselho de administração e do diretor de serviço do hospital envolvido, bem como, das direções regionais da Liga Portuguesa contra o Cancro.

Foi solicitada e obtida autorização para utilização dos instrumentos de avaliação.

A recolha dos dados foi realizada através de entrevistas individuais com as participantes. As entrevistas foram realizadas nas instituições a que as participantes pertenciam, à exceção da extensão do Movimento Vencer e Viver de Aveiro, em que se realizaram na Universidade de Aveiro. As salas em que foram realizadas as entrevistas

tratavam-se de salas sem ruído significativo, com luz suficiente, sem fontes distrativas ou indutoras de *stress*. As entrevistas tiveram uma duração média aproximada de uma hora.

No quadro 6 apresentamos a ordem de trabalhos das sessões de avaliação (Pré-teste), que foi igual à sessão de pós-teste e de *follow-ups* (após 3 e 6 meses), com a exceção do formulário de consentimento e o questionário inicial, que foram preenchidos exclusivamente na sessão de pré-avaliação. Em vez destes, foi preenchido um questionário final (Anexo D), com uma questão acerca da existência de acontecimentos significativos que pudesse interferir na forma como as participantes se sentiram durante o estudo. É de notar que a entrevistadora foi a mesma em todos os momentos de avaliação.

Quadro 6

Ordem de trabalhos das Sessões de Avaliação (Pré-teste)

	Trabalhos	Objetivos
1	Receção	Clarificar o estudo
2	Formulário de Consentimento	Formalizar o acordo de participação
3	Questionário Inicial	Recolher os dados demográficos e clínicos
4	Questionário de Formas de Lidar com o Cancro (CCQ)	Avaliar o <i>coping</i>
5	Escala de Controlo Emocional (CEC)	Avaliar o control emocional
6	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH)	Avaliar a sintomatologia ansiosa de depressiva
7	Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia de Investigação e Tratamento de Cancro com o módulo suplementar para o cancro da mama (EORTC QLQ C-30 e BR-23)	Avaliar a Qualidade de Vida
8	Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC)	Avaliar o Auto-conceito
9	Teste de Orientação de Vida- Revisto (TOV-R)	Avaliar do otimismo disposicional
10	Questionário de saúde do Paciente (PHQ-9)	Avaliar a sintomatologia depressiva
11	Perfil de Estados de Humor (POMS)	Avaliar os estados de humor e ajustamento emocional
12	Subescala de Crescimento Pessoal da Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP)	Avaliar o crescimento pessoal
13	Sub-escala de espiritualidade	Avaliar a espiritualidade
14	Inventário de Estado-traço de Ansiedade (STAI-Y)	Avaliar o estado e o traço de ansiedade

A fase de receção consistia em pedir a colaboração da sobrevivente no nosso estudo, tentando tornar claros os seguintes aspetos: que consistia numa investigação realizada no âmbito de um estudo de doutoramento; dar informações sobre as características da intervenção (técnicas de discussão; grupo fechado; necessidade de presença em todas as sessões e de permanência durante a totalidade de cada sessão; comunicar a impossibilidade de acompanhar os participantes individualmente; estabelecer que é necessário dar a conhecer às terapeutas todo o apoio psicológico que seja iniciado fora do grupo de apoio, como psicoterapia, medicamentos psicoativos ou outras potenciais interferências e, às participantes da terapia de grupo, dar a conhecer a existência de tarefas para casa). Depois da pessoa entrevistada aceitar colaborar no nosso estudo, explicava-se que teria de responder a algumas questões. Era oferecida colaboração para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Era também assegurada a confidencialidade de toda a informação recolhida e fornecida a possibilidade de decidir não continuar a colaborar no estudo em qualquer momento da investigação. Nesta altura era pedido à pessoa que assinasse o formulário de consentimento (Ver Anexos A e B), em duplicado, fornecendo um dos exemplares a cada participante. Este formulário foi construído com base nas guias orientadoras reunidas no “Seminário sobre Consentimento Informado e o Papel das Comissões de Ética para o seu Correcto Uso”, organizado pelas Comissões de Ética para a Saúde da Região Norte, em 30 de Setembro de 2009 (Administração Regional de Saúde do Norte, 2009).

A recolha de informação para preenchimento do Questionário Inicial (Anexo C) consistia na fase seguinte. Este questionário incluía questões sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e situação profissional atual) e dados clínicos (data de diagnóstico, meio de deteção, tratamentos realizados e a realizar), que consistem em variáveis que também controlámos no presente estudo. Durante a entrevista também foram questionados e registados outros elementos, como os seguintes: grau de motivação de participação na intervenção de grupo (de “1-Nenhuma” a “5-Máxima”); disponibilidade horária semanal para participação na intervenção (com vista a encontrar o melhor horário das sessões semanais para a maioria das participantes); existência de apoio psicológico atual ou anterior; existência de diagnóstico de perturbação cerebral, distúrbios cognitivos ou dependência de droga ou álcool; existência de algum conflito com outras participantes do grupo ou outro impedimento. Estas questões serviram especialmente para averiguar o

cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão, para além de controlar o efeito do grau de motivação nos efeitos encontrados.

Na fase de pós-teste e *follow-up* (3 e 6 meses), eram colocadas às participantes as seguintes questões adicionais (Ver Anexo D): “Existiu algum acontecimento significativo que interferisse na forma como se sente desde o início das sessões de grupo?” e “Se sim, qual ou quais foram esses acontecimentos?”. Esta adição teve a intenção de controlar a influência de variáveis externas (acontecimentos de vida significativos) nos resultados experimentais. Era explicado às participantes que entre estes acontecimentos se incluía também a toma de nova medicação ou alteração desta.

A primeira sessão de intervenção era marcada no dia e hora em que se conseguia obter a disponibilidade de todas as participantes. O horário das 8 sessões semanais de intervenção era estabelecido na primeira sessão com o acordo de todas as participantes. As sessões de intervenção foram realizadas nas instituições a que as participantes pertenciam, à exceção da extensão do Movimento Vencer e Viver de Aveiro, que se realizaram na Universidade de Aveiro. As salas em que foram realizadas as sessões reuniam as condições exigidas para o efeito, possuíam um tamanho adequado ao número de participantes e dispunham do material necessário para a realização das sessões.

Análise dos dados

Foram utilizadas estatísticas descritivas e inferenciais. Dadas as características da amostra e os objetivos e hipóteses a testar, as análises realizadas recorreram a estatísticas não paramétricas. Para avaliação das diferenças nas características no início do estudo utilizaram-se testes de qui-quadrado (χ^2) para as variáveis categoriais, e de Kruskal-Wallis (H) ou U de Mann-Whitney (U) para as variáveis contínuas. Foi utilizado o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas (T), para se comparar os resultados obtidos no início do estudo (baseline ou T1) com os momentos posteriores (T2, T3 e T4), com o objetivo de avaliação dos efeitos das intervenções nas variáveis psicossociais em estudo. Com o objetivo de avaliar a interação dos resultados com as variáveis psicossociais, demográficas e clínicas nos resultados obtidos, foram calculadas correlações de Spearman para as variáveis contínuas e testes de Kruskal-Wallis (H) ou U de Mann-Whitney (U) para as variáveis categoriais, adotando um procedimento semelhante ao utilizado no estudo de Phillips e colaboradores (2008).

Para calcular o tamanho do efeito (r) utilizou-se o valor de z na seguinte fórmula $r = z / \sqrt{N}$ (Field, 2009). De acordo com Cohen (1988) os valores de .10, .24 e .37 são considerados tamanhos do efeito pequenos, médios e elevados, respectivamente. Para calcular o coeficiente de determinação das correlações de Spearman foi utilizado o quadrado da correlação (Field, 2009).

O grau de significância estatístico de referência utilizado foi de $p < .05$.

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do *software* IBM SPSS Statistics para o Windows (versão 19.0).

4.4.5 Resultados

O objetivo global deste ponto consiste na apresentação dos resultados quantitativos obtidos com a aplicação dos dois programas de intervenção, em comparação com um grupo sem intervenção.

Avaliação da eficácia das intervenções no ajustamento psicossocial

De forma a averiguar a hipótese principal em estudo, comparou-se os resultados obtidos no ajustamento psicossocial com os dois tipos de intervenção, em comparação com um grupo de controlo, no pré e no pós-teste. No quadro 7 apresentamos os resultados obtidos com estas análises.

Observaram-se resultados que indicam que o grupo de controlo piorou em dois domínios da qualidade de vida. Observou-se uma diminuição do pré-teste ($Mdn=91.67$), para o pós-teste ($Mdn=83.33$) da função cognitiva, $T=0$, $p \leq .01$, $r=-.56$., bem como, um aumento do pré-teste ($Mdn=0$), para o pós-teste ($Mdn=16.67$) da dor, $T=0$, $p \leq .05$, $r=-.54$. Também se observou deterioração da subescala de vigor (da POMS), do pré ($Mdn=10$) para o pós-teste ($Mdn=7$), $T=0$, $p \leq .01$, $r=-.6$.

O grupo com intervenção psicoeducativa apresentou melhoria do autoconceito e de uma das suas subescalas, de aceitação social. Verificou-se um aumento do autoconceito total do pré-teste ($Mdn=75$) para o pós-teste ($Mdn=78$), $T=55$, $p \leq .01$, $r=-.36$, bem como, um aumento do pré-teste ($Mdn=18$) para o pós-teste ($Mdn=19$) do fator de aceitação social, $T=45$, $p \leq .05$, $r=-.28$. Neste grupo também se observou um aumento do controlo emocional total do pré-teste ($Mdn=44$) para o pós-teste ($Mdn=48$), $T=35$, $p \leq .05$, $r=-.37$,

bem como um aumento do controlo da emoção de ansiedade do pré-teste (Mdn=15) para o pós-teste (Mdn=17), $T=10$, $p \leq .05$, $r = -.45$.

O grupo de intervenção cognitivo-comportamental apresenta um aumento do estado de ansiedade (STAI Y1) do pré-teste (Mdn=39.5) para o pós-teste (Mdn=43.5), $T=2$, $p \leq .05$, $r = -.57$, apesar dos resultados com outras medidas de sintomatologia ansiosa, como por exemplo a EADH, apresentar diminuição ainda que sem significância estatística. Neste grupo também se observou diminuição significativa do funcionamento de papel da qualidade de vida do do pré-teste (Mdn=100) para o pós-teste (Mdn=83.33), $T=0$, $p \leq .01$, $r = -.43$.

Quadro 7

Resultados nas variáveis psicossociais no pré e pós testes para todos os grupos

	GIP n=26		GIP Pré versus pós-teste	GITCC n=22		GITCC Pré versus pós-teste	Grupo de controlo (GC) n=14		GC Pré versus pós-teste
	Pré-teste Mdn	Pós-teste Mdn	T, p	Pré-teste Mdn	Pós-teste Mdn	T, p	Pré-teste Mdn	Pós-teste Mdn	T, p
CEC Controlo Emocional	44	48	35, .03*	49	48	57.5, .89	49	50	9, .21
CEC Raiva	13	13	52.5, .08	15	14.5	64.5, .86	17	18	9, .11
CEC Ansiedade	15	17	10, .00**	17	16	50.5, .9	16	16	2, .07
CEC Infelicidade	15	15	37, .55	15	15.5	37, .88	15	-	-
<i>Coping</i>									
CCQ individual	36	36	67, .62	34	36	29.5, .75	31	29	4, .17
CCQ interpessoal	13.5	10	35.5, .08	16	13	19, .68	12	9.5	7, .46
<i>Sintomatologia</i>									
EADH Ansiedade	5.5	5	-.14, .88	7	7	69, .72	7	8	11, .17
EADH Depressão	3	2	-.78, .44	3	4	45.5, .72	5	6.5	15.5, .22
PHQ-9	4	3.5	27, .59	7	5	26.5, .92	4.5	4.5	1, .66
<i>POMS</i>									
Perturbação total humor	106	97	6.5, .40	108	97	4, .17	108	123	0, .11
Depressão	2.5	2.5	7.5, .26	2	1.5	20, .24	5	5.5	2.5, .18
Tensão	5	4	24, .71	5	2	43, .86	4.5	4	8.5, .67
Hostilidade	2	2	17, .89	2	.5	6, .17	1	4.5	4.5, .42
Confusão	4	4	5.5, .29	3	4	4, .17	4	4.5	9.5, .22
Fadiga	2	1	10, .91	4.5	4	23, .37	5	5	3, .06
Vigor	10	11	13, .87	12	10.5	19.5, .13	10	7	0, .01*

	Pré-teste	Pós-teste		Pré-teste	Pós-teste		Pré-teste	Pós-teste	
	Mdn	Mdn	T, p	Mdn	Mdn	T, p	Mdn	Mdn	T, p
STAI									
STAI Y1 Ansiedade estado	44.5	33	14, .09	39.5	43.5	2, .02*	44	47	6, .18
STAI Y2 Ansiedade traço	33	32	30.5, .82	42.5	43	27, .34	40	44	13, .87
TOV									
Otimismo	12	12	91, .39	11.5	9	42, .1	10	10	10, .92
ICAC									
Total	75.00	78	55, .01*	78.5	78	47.5, .75	73.5	71	9.5, .12
Aceitação social	18	19	45, .04*	19	19	32.5, .21	17.5	17	12.5, .80
Autoeficácia	22.5	23	54.5, .10	24	23	45, .13	22	20	11.5, .10
Maturidade Psicológica	15.5	16	33.5, .06	16	16	42, .80	17	16	6, .09
Impulsividade	11	12	77, .29	12	13	51, .37	11	10	22.5, .60
EBEP									
Crescimento Pessoal	70.5	67	8.5, .10	71	58	5, .25	70	68	21, .86
Sub-escala Espiritualidade									
Espiritualidade	15	17	9.5, .83	16	17.5	15.5, .73	14	14.5	8, .60
Crenças	8	8	3.5, .58	6	8	9, .39	5.5	6	10, .06
Esperança/otimismo	8.5	9	13, .86	10.5	10.5	8.5, .67	8.5	8.5	10.5, .28
Qualidade de Vida QLQ C30 BR23									
Estado Geral Saúde/QdV	66.67	66.67	90, .52	75	70.83	33, .38	66.67	62.5	16.5, .47
Função física	86.67	86.67	83.5, .92	86.67	86.67	44, .92	93.33	83.33	4, .16
Função do papel	100	100	20.5, .13	100	83.33	0, .01*	100	100	2, .13
Função emocional	83.33	83.33	119, .41	75	75	59, .63	83.33	66.67	25, .80
Função cognitiva	83.33	83.33	38, 1	83.33	83.33	12, .37	91.67	83.33	0, .01
Função social	100	100	6, .32	100	100	11.5, .19	100	100	1.5, .10
Fadiga	22.22	11.11	22.5, .71	22.22	22.22	33, 1	22.22	27.78	5, .50
Náusea e vômito	0	0	1.5, 1	0	0	1.5, .20	0	0	0, .16
Dor	16.67	16.67	38, .94	16.67	25	13, .13	0	16.67	0, .04
Dispneia	0	0	10.5, .16	0	0	0, .16	0	0	0, .32
Insónia	33.33	0	43, .37	33.33	33.33	9, .74	33.33	33.33	2.5, .16
Perda do apetite	0	0	10.5, .32	0	0	3, .18	0	0	0, .10

	Pré-teste	Pós-teste		Pré-teste	Pós-teste		Pré-teste	Pós-teste	
	Mdn	Mdn	T, p	Mdn	Mdn	T, p	Mdn	Mdn	T, p
Obstipação	0	0	20, .32	0	0	16, .76	0	0	2, .56
Diarreia	0	0	2.5, 1	0	0	5, .48	0	0	0, 1
Dificuldades financeiras	0	0	3, .16	0	0	10.5, .53	0	0	0, .10
Imagem corporal	91.67	100	12.5, .71	91.67	95.83	34, .69	83.33	91.67	8.5, .67
Função sexual	16.67	33.33	2, .32	16.67	33.33	25, .47	16.67	8.33	6, .66
Satisfação sexual	33.33	33.33	0, .32	66.67	33.33	2.5, .32	33.33	33.33	0, .32
Perspetivas futuras	66.67	66.67	32, .93	66.67	50	30, .44	66.67	66.67	14, 1
Efeitos colaterais da terapia	7.14	4.76	61, .63	14.29	14.29	50, .87	9.52	11.90	13, .48
Sintomas da mama	16.67	16.67	114.5, .92	25	20.83	57.5, .58	25	25	20.5, .47
Sintomas braço	11.11	22.22	34, .67 ^a	22.22	22.22	0, 1	0	22.22	5, .50
Incómodo queda cabelo	33.33	0		33.33	0	^a	33.33	0	1.5, 1

a. Não existem casos suficientes para aplicar o teste de Wilcoxon, * $p < .05$, ** $p < .001$, Mdn: Mediana

Avaliação da eficácia das intervenções no primeiro seguimento

Com o objetivo de avaliar as alterações verificadas no pós-teste se mantiveram ou alteraram até aos 3 meses, procedemos à análise das alterações do pré-teste para o primeiro seguimento. O quadro 8 apresenta os resultados obtidos.

Pode-se observar que o grupo de controlo continua a apresentar diminuição da função cognitiva desde o pré-teste (Mdn=91.67) até aos três meses (Mdn=66.67), $T=0$, $p \leq .05$, $r = -.7$, e de igual forma mantém-se o aumento da dor desde o pré-teste (Mdn=0) até aos três meses (Mdn=16.67), $T=0$, $p \leq .05$, $r = -.63$, o que não se verifica em relação ao vigor, em que não se registaram diferenças estatisticamente significativas. Surge também nesta avaliação um aumento dos sintomas da mama, do pré-teste (Mdn=25) para o T3 (Mdn=58.33), $T=0$, $p \leq .05$, $r = -.64$, bem como, uma diminuição do controlo de raiva do pré-teste (Mdn=17) para o pós-teste (Mdn=16), $T=0$, $p \leq .05$.

O grupo com intervenção psicopedagógica continua a apresentar um aumento significativo desde o pré-teste (Mdn= 44) até aos três meses (Mdn= 47), no controlo emocional, $T=3$, $p \leq .01$, $r = -.58$, o que também se verifica em relação ao controlo da ansiedade, $T= 6.5$, $p \leq .05$, $r = -.45$, de T1 (Mdn= 15) até T3 (Mdn= 16). Regista-se adicionalmente um aumento do controlo da raiva, $T= 6.5$, $p \leq .01$, $r = -.51$, de T1 (Mdn=13) para T3 (Mdn=15). Neste momento de avaliação não se verificam diferenças significativas no autoconceito total, ao contrário do que se observou no T2. Continua-se a observar um aumento significativo na aceitação social, $T=15.5$, $p \leq .05$, $r = -.35$, do T1 (Mdn= 18) até ao T3 (Mdn= 19). No entanto, verifica-se uma diminuição no fator de autoconceito de maturidade psicológica (Mdn=15) em relação ao pré-teste (Mdn=15.5), $T=7$, $p \leq .01$. Observa-se ainda uma diminuição significativa das estratégias de *coping* relacionadas com o cancro (CCQ individual), $T=14.5$, $p \leq .05$, $r = -.38$, do T1 (Mdn= 36) para o T3 (Mdn= 34.5), não verificada anteriormente. Em suma, continua-se a verificar um aumento do controlo emocional em relação à fase inicial, observando-se um alargamento do espetro emocional, bem como, se observa a perda do efeito terapêutico no autoconceito total, apesar da manutenção do ganho no fator de aceitação social. Adicionalmente verifica-se um diminuição das estratégias de *coping*.

O grupo com terapia de grupo cognitivo-comportamental apresenta uma alteração significativa, a diminuição do funcionamento emocional da qualidade de vida, $T= 9$, $p \leq$

.05, $r = -.42$, do T1 (Mdn= 75) para o T3 (Mdn= 66.67), o que não se observou no momento de avaliação anterior. As alterações significativas verificadas em T1, no funcionamento de papel e no estado de ansiedade não se observam neste momento de avaliação.

Quadro 8

Resultados nas variáveis psicossociais no pré e após três meses para todos os grupos

	Grupo de intervenção psicoeducativa (GIP) n=16		GIP Pré versus pós-teste	Grupo de intervenção de terapia cognitivo-comportamental (GITCC) n=18		GITCC Pré versus pós-teste	Grupo de controlo (GC) n=5		GC Pré versus pós-teste
	T1 Mdn	T3 Mdn	T, p	T1 Mdn	T3 Mdn	T, p	T1 Mdn	T3 Mdn	T, p
CEC Controlo Emocional	44	47	3, .00**	49	46.5	32.5, .61	49	49	1, .66
CEC Raiva	13	15	6.5, .00**	15	15	25.5, .84	17	16	0, .04*
CEC Ansiedade	15	16	6.5, .02*	17	17.5	27, .34	16	18	3, .47
CEC Infelicidade	15	16	25, .15	15	15	43, .33	15	16	3, 1
<i>Coping</i>									
CCQ individual	36	34.5	14.5, .05*	34	32	9.5, .23	31	32	5, 1
CCQ interpessoal	13.5	8	18, .1	16	13	20.5, .47	12	10	3, .18
<i>Sintomatologia</i>									
EADH Ansiedade	5.5	5	60, 1	7	7.5	49.5, .33	7	9	1, .28
EADH Depressão	3	2	22, .17	3	3	21.5, .54	5	8	2, .27
PHQ-9	4	2	9, .38	7	4	21.5, .53	4.5	7	a
<i>POMS</i>									
Perturbação total humor	106	102	2, .59	108	103	3, .47	108	123	0, .18
Depressão	2.5	2	1, .14	2	2.5	8, .16	5	6	2, .59
Tensão	5	2.5	1, .14	5	5	11.5, .36	4.5	5.5	0, .1
Hostilidade	2	2	1, .66	2	2.5	1.5, .06	1	5	1, .29
Confusão	4	3	5, 1	3	3.5	8.5, .18	4	4.5	3, 1

	T1	T3	T, p	T1	T3	T, p	T1	T3	T, p
	Mdn	Mdn		Mdn	Mdn		Mdn	Mdn	
POMS									
Fadiga	2	.5	0, .07	4.5	3	1, .66	5	8	2.5, .36
Vigor	10	10	0, .1	12	11.5	18, .59	10	9	5, .5
STAI									
STAI Y1 Ansiedade estado	44.5	39.5	8.5, .67	39.5	37	2, .27	44	54	0, .11
STAI Y2 Ansiedade traço	33	33.5	0, .11	42.5	38	8, .09	40	49.5	5, 1
TOV									
Otimismo	12	11.5	53.5, .71	11.5	11	51, .92	10	7	1.5, .2
ICAC									
Total	75.00	76	37.5, .35	78.5	80	34, .42	73.5	69	1, .29
Aceitação social	18	19	15.5, .04*	19	18	28, .38	17.5	16	3.5, .28
Autoeficácia	22.5	22	37, .32	24	24	59.5, .98	22	21	0, .06
Maturidade Psicológica	15.5	15	7, .01**	16	16	39, .65	17	15	0, .07
Impulsividade	11	11	35, .75	12	12	28.5, .68	11	12	6.5, .78
EBEP									
Crescimento Pessoal	70.5	69	6, .34	71	64	7.5, 1	70	64	3.5, .58
Sub-escala Espiritualidade									
Espiritualidade	15	16	5, 1	16	18.5	7, .46	14	13	4, .71
Crenças	8	7.5	1.5, .41	6	8	0, .07	5.5	6	0, 1
Esperança/otimismo	8.5	9	3, .46	10.5	11	6, .68	8.5	7	4, .71
Qualidade de Vida QLQ C30 BR23									
Estado Geral Saúde/QdV	66.67	70.83	24, .12	75	66.67	12.5, .12	66.67	58.33	0, .07
Função física	86.67	86.67	34.5, .72	86.67	66.67	29, .42	93.33	86.67	1.5, .41
Função do papel	100	100	6.5, .8	100	100	6, .66	100	83.33	2, .56
Função emocional	83.33	83.33	39, .39	75	66.67	9, .02*	83.33	58.33	1, .14
Função cognitiva	83.33	83.33	30, .79	83.33	83.33	21, .49	91.67	66.67	0, .05*
Função social	100	100	9.5, .58	100	100	5, .5	100	100	0, .18
Fadiga	22.22	16.67	25.5, .84	22.22	16.67	24.5, .43	22.22	22.22	2, .26
Náusea e vômito	0	0	0, .32	0	0	4.5, .85	0	0	0, 1
Dor	16.67	8.33	37, .87	16.67	16.67	10.5, .53	0	16.67	0, .05*

	T1	T3	T, p	T1	T3	T, p	T1	T3	T, p
	Mdn	Mdn		Mdn	Mdn		Mdn	Mdn	
Dispneia	0	0	6, .66	0	0	1.5, 1	0	33.33	0, .32
Insónia	33.33	0	13.5, .25	33.33	33.33	3.5, .1	33.33	33.33	1.5, 1
Perda do apetite	0	0	2, .26	0	0	2.5, .32	0	0	0, 1
Obstipação	0	0	5, 1	0	0	6, .66	0	33.33	0, .16
Diarreia	0	0	3, .16	0	0	1.5, .41	0	0	0, 1
Dificuldades financeiras	0	0	6, .1	0	0	1, .66	0	0	0, 1
Imagem corporal	91.67	100	5, .25	91.67	100	8, .13	83.33	100	0, .11
Função sexual	16.67	33.33	5, .48	16.67	33.33	7, .41	16.67	16.67	0, .32
Satisfação sexual	33.33	33.33	2, .56	66.67	33.33	2, .56	33.33	33.33	0, 1
Perspetivas futuras	66.67	66.67	20, .41	66.67	66.67	8, .13	66.67	100	0, .1
Efeitos colaterais da terapia	7.14	9.52	25.5, .84	14.29	11.9	26, .88	9.52	19.04	5, .5
Sintomas da mama	16.67	20.83	45, .63	25	25	11, .17	25	58.33	0, .04*
Sintomas braço	11.11	5.56	12.5, .79	22.22	22.22	14, .31	0	22.22	7, .89
Incómodo queda cabelo	33.33	0	0, .32	33.33	^a	^a	33.33	16.67	0, .2

a. Não existem casos suficientes para aplicar o teste de Wilcoxon, * $p < .05$, ** $p < .001$, Mdn: Mediana, T3: primeira avaliação de seguimento aos 3 meses

Avaliação da eficácia das intervenções no segundo seguimento

Com o objetivo de avaliar as alterações verificadas no pós-teste se mantiveram ou alteraram até aos 6 meses, procedemos à análise das alterações do pré-teste para o segundo seguimento. O quadro 9 apresenta os resultados obtidos. É de referir que devido à desistência das participantes do grupo de controlo, neste momento de avaliação só dispomos de dois grupos amostrais.

O grupo de intervenção psicopedagógica apresenta uma diminuição do traço de ansiedade do T1 (Mdn= 33) para o T4 (Mdn= 31.5), $T= 0$, $p \leq .05$, $r= .59$. Para além desta alteração significativa, continua a verificar-se um aumento do autoconceito total e do fator de aceitação social, do T1 (Mdn= 75) para T4 (Mdn= 76), $T= 17.5$ $p \leq .05$, $r= -.37$, do T1 (Mdn= 18) para T4 (Mdn= 19), $T= 13$ $p \leq .05$, $r= -.2$, respetivamente. Verifica-se ainda que se alargou este efeito a nível do autoconceito ao fator de impulsividade-atividade, do T1 (Mdn= 11) para o T2 (Mdn= 12), $T= 11$, $p \leq .05$, $r= -.35$.

À semelhança do grupo de intervenção psicopedagógica, o grupo de terapia cognitivo-comportamental apresenta uma diminuição do traço de ansiedade (avaliado pelo STAI Y2) do T1 (Mdn= 42.5) para o T4 (Mdn= 39), $T= 6$, $p \leq .05$, $r= -.44$. Observa-se também que o grupo de terapia cognitivo-comportamental apresenta as seguintes alterações significativas em duas sub-escalas da POMS: um aumento do T1 (Mdn=2) para o T4 (Mdn=2.5) da hostilidade, $T= 2.5$, $p \leq .05$, $r= -.49$, um aumento do T1 (Mdn= 3) para o T4 (Mdn= 4) da confusão, $T= 5$, $p \leq .05$, $r= .49$.

Quadro 9

Resultados nas variáveis psicossociais no pré e após seis meses para os dois grupos com intervenção

	Grupo de intervenção psicoeducativa (GIP) n=16		GIP Pré versus pós-teste	Grupo de intervenção de terapia cognitivo-comportamental (GITCC) n=18		GITCC Pré versus pós-teste
	T1 Mdn	T4 Mdn	T, p	T1 Mdn	T4 Mdn	T, p
CEC Controlo Emocional	44	43.5	24, .07	49	50.5	32.5, .97
CEC Raiva	13	14	11.5, .03*	15	16.5	32, .58
CEC Ansiedade	15	16	24.5, .14	17	18	27, .59
CEC Infelicidade	15	16	51.5, .63	15	16.5	56, .82
<i>Coping</i>						
CCQ individual	36	33	31.5, .56	34	37	17.5, .94
CCQ interpessoal	13.5	10.5	12, .21	16	11	23, .37
<i>Sintomatologia</i>						
EADH Ansiedade	5.5	4	67.5, .66	7	6.5	46.5, .7
EADH Depressão	3	2	20.5, .47	3	3	31, .53
PHQ-9	4	1	6, .1	7	3	5.5, .15
<i>POMS</i>						
Perturbação total humor	106	100	0, .1	108	103.5	9, .2
Depressão	2.5	1	4, .71	2	2	25.5, .84
Tensão	5	2.5	3, 1	5	3	9, .4
Hostilidade	2	.5	0, .16	2	2.5	2.5, .03*

	T1	T4	T, p	T1	T4	T, p
	Mdn	Mdn		Mdn	Mdn	
POMS						
Confusão	4	4	4.5, .2	3	4	5, .04*
Fadiga	2	2	0, .18	4	3.5	16, .78
Vigor	10	10.5	1.5, .2	12	12	15.5, .4
STAI						
STAI Y1 Ansiedade estado	44.5	33	1, .14	39.5	39	6, .34
STAI Y2 Ansiedade traço	33	31.5	0, .04*	42.5	39	6, .05*
TOV						
Otimismo	12	13	30, .28	11.5	11	39, .65
ICAC						
Total	75.00	76	17.5, .03*	78.5	78.5	26, .17
Aceitação social	18	19	13, .04*	19	18.5	30, .15
Autoeficácia	22.5	22	45.5, .24	24	23	38, .36
Maturidade Psicológica	15.5	16	21.5, .09	16	16	24.5, .45
Impulsividade	11	12	11, .04*	12	12	22, .31
EBEP						
Crescimento Pessoal	70.5	71	8, .6	71	62.5	4.5, .21
Sub-escala Espiritualidade						
Espiritualidade	15	18	1, .66	16	17	13.5, .93
Crenças	8	8	0, .32	6	7	6, .32
Esperança/otimismo	8.5	10	0, .32	10.5	9.5	10.5, .55
Qualidade de Vida QLQ C30 BR23						
Estado Geral Saúde/QdV	66.67	62.5	46, .67	75	66.67	20, .25
Função física	86.67	83.33	40, .7	86.67	86.67	32.5, .35
Função do papel	100	100	12.5, .8	100	100	4, .71
Função emocional	83.33	91.67	24, .07	75	83.33	45, .63
Função cognitiva	83.33	83.33	7, .21	83.33	83.33	9, .39
Função social	100	100	7, .89	100	100	3, .45
Fadiga	22.22	11.11	29, .72	22.22	16.67	14, .31
Náusea e vômito	0	0	0, .32	0	0	4.5, .21

	T1	T4	T, p	T1	T4	T, p
	Mdn	Mdn		Mdn	Mdn	
Dor	16.67	8.33	36, .81	16.67	16.67	14.5, .62
Dispneia	0	0	2.5, .32	0	0	2, .56
Insónia	33.33	0	3.5, .6	33.33	33.33	7, .21
Perda do apetite	0	0	3, .46	0	0	0, .06
Obstipação	0	0	2, .56	0	0	15, .66
Diarreia	0	0	0, .16	0	0	2, .26
Dificuldades financeiras	0	0	5, 1	0	0	0, .1
Imagem corporal	91.67	100	9, .2	91.67	100	17, .28
Função sexual	16.67	33.33	5, .24	16.67	25	6.5, .4
Satisfação sexual	33.33	66.67	5, 1	66.67	50	1.5, .41
Perspetivas futuras	66.67	66.67	7, .41	66.67	66.67	12, .19
Efeitos colaterais da terapia	7.14	4.76	24, .42	14.29	9.52	26, .53
Sintomas da mama	16.67	8.33	19, .1	25	16.67	27, .96
Sintomas braço	11.11	11.11	27.5, .59	22.22	22.22	32.5, .6
Incómodo queda cabelo	33.33	a	a	33.33	a	a

a. Não existem casos suficientes para aplicar o teste de Wilcoxon, * $p < .05$, ** $p < .001$, Mdn: Mediana, T4: segunda avaliação de seguimento aos 6 meses

Associações dos resultados com as variáveis demográficas, clínicas e psicossociais

Com o objetivo de se avaliar a associação das variáveis psicossociais, demográficas e clínicas com as alterações encontradas nos grupos em estudo, calculámos as diferenças de cada variável que se alterou significativamente de T1 para um dos outros momentos de avaliação (T2, T3 ou T4) e examinamos as associações dessas diferenças com as variáveis psicossociais, demográficas e clínicas.

Encontramos que a amplitude das diferenças encontradas de T1 para os outros momentos divergiu significativamente com algumas variáveis demográficas e clínicas, que passamos a expor. Verificou-se que as participantes do grupo de controlo que fizeram reconstrução mamária apresentam aumentos menores de dor aos 3 meses ($Mdn=0$) do que as que não fizeram ($Mdn=16.67$), $U=0$, $p=.05$, $r=-.89$. As participantes do grupo psicopedagógico que fizeram hormonoterapia apresentam maiores aumentos no controlo emocional aos 6 meses ($Mdn=3.5$) do que as que não fizeram ($Mdn=1$), $U=7$, $p=.02$, $r=-.61$. As participantes do grupo cognitivo-comportamental que se encontravam em fase de sobrevivência de longa duração apresentaram aumentos significativamente maiores ($Mdn=13$) do que as que se encontravam em fase de tratamentos ($Mdn=2$) no estado de ansiedade no pós-teste, $U=0$, $p=.02$, $r=-.78$. As participantes deste grupo que fizeram quimioterapia apresentam significativamente menor diferença ($Mdn=1$) do que as que não fizeram ($Mdn=-21$) no traço de ansiedade aos 6 meses, $U=1$, $p<.05$, $r=-.74$.

Em relação às correlações significativas encontradas da magnitude das diferenças com as variáveis demográficas, clínicas e psicossociais, sintetizamo-las em seguida para cada um dos grupos amostrais. O quadro 10 apresenta as correlações estatisticamente significativas encontradas no grupo de controlo.

A involução encontrada no grupo sem intervenção no funcionamento cognitivo apresenta uma correlação negativa com os sintomas de depressão iniciais, que contribuem 43.56 % para a variação dessas diferenças. O aumento da dor encontrada aos 3 meses neste grupo apresenta uma associação positiva com as seguintes variáveis psicossociais iniciais: sintomas de depressão, perturbação total de humor, estado de ansiedade e controlo emocional da emoção de infelicidade (que explicam 45%, 69%, 58% e 48% da variação dessas diferenças, respetivamente). Enquanto o aumento da dor aos 3 meses está associada

positivamente à fadiga e negativamente aos sintomas de ansiedade iniciais, que explicam 79% e 84%, respetivamente, dessa variação. A diminuição do vigor encontrada no pós-teste está associada positivamente com a autoeficácia (que explica 66% dessa variação) e associada negativamente à tensão e, de forma muito significativa, ao número de anos desde o diagnóstico. A tensão inicial e o número de anos de diagnóstico explicam, segundo o coeficiente de correlação, 74% e 100% dessa variação. As restantes diferenças encontradas aos 3 meses, a nível do funcionamento cognitivo e dos sintomas da mama, não apresentaram correlações estatisticamente significativas com as variáveis avaliadas no início do estudo.

Quadro 10

Correlações entre as alterações do grupo de controlo e as variáveis contínuas

Grupo de Controlo							
Variáveis contínuas iniciais	Diferenças T2 – T1			Diferenças T3 – T1			
	QLQ	QLQ	POMS	QLQ	QLQ	QLQ	CEC
	C-30	C-30	Vigor	C-30	C-30	C-30	Raiva
	FC	PA		FC	PA	BRST	
Nº anos diagnóstico	-	-	-.1**	-	-	-	-
EADH ansiedade	-	-	-	-	-.89*	-	-
EADH depressão	-.66*	.67*	-	-	-	-	-
POMS	-	-	-	-	-	-	-
Perturbação total de humor	-	.83*	-	-	-	-	-
Tensão	-	-	-.86*	-	-	-	-
Fadiga	-	-	-	-	.92*	-	-
Ansiedade estado STAI_Y1	-	.76*	-	-	-	-	-
ICAC Autoeficácia	-	-	.81*	-	-	-	-
Controlo Emocional	-	.69*	-	-	-	-	-
CEC Infelicidade	-	-	-	-	-	-	-

Correlações de Spearman, *p< .05, ** p< .01, T1: pré-teste, T2: pós-teste; T3: Follow-up aos 3 meses, FC: funcionamento cognitivo, PA: dor, BRST: sintomas da mama

Em relação à associação das alterações significativas encontradas nas participantes que receberam intervenção psicopedagógica, podemos verificar, no Quadro11, que todos os aumentos verificados no controlo emocional, bem como a diminuição nas estratégias de *coping* individuais aos 3 meses, não apresentam correlações estatisticamente significativas com variáveis demográficas, clínicas ou psicossociais iniciais. Ao invés, os aumentos no

autoconceito total e sub-escalas nos vários momentos, bem como a diminuição do traço de ansiedade aos 6 meses, apresentam correlações negativas com diferentes variáveis. Desta forma, as diferenças no autoconceito total no final da intervenção são tanto maiores quanto menor era o autoconceito inicial e os fatores de aceitação social e de autoeficácia (com uma variação explicada respetiva de 27%, 18% e 23%), verificando-se a mesma associação das diferenças no autoconceito total obtidas depois 6 meses e o fator de aceitação social inicial (que parece explicar 36% da variação). As diferenças obtidas no autoconceito aos 6 meses apresentam uma correlação negativa elevada e altamente significativa com a idade, o que nos indica que é tanto menor quanto mais idosas são as participantes. As diferenças obtidas no fator de aceitação social (do autoconceito), encontrada nos 3 momentos de avaliação com estas participantes, também apresentam o mesmo tipo de associação com o autoconceito total inicial (40.96%) e a avaliação inicial desse fator (46.24% no pós-teste, 43.56% aos 3 meses e 0.36% aos 6), bem como com a avaliação inicial do fator de impulsividade/atividade (18.49%). Estas diferenças na aceitação social encontram-se ainda associadas negativamente ao controlo de ansiedade inicial (23.04%). Já as diferenças encontradas no fator de impulsividade/atividade apresentam uma correlação negativa com o número de sessões de quimioterapia (46,24%) e com o otimismo inicial (32,49%), para além da mesma relação com o valor inicial e a aceitação social inicial (ambas com uma determinação da correlação de 39.69%). Por último, as diferenças no traço de ansiedade obtidas aos 6 meses apresentam uma correlação negativa com o número de anos de diagnóstico, aumentando as diferenças conforme menos anos passaram.

Quadro 11

Correlações entre as alterações do grupo de intervenção psicopedagógica e as variáveis contínuas

Grupo de intervenção psicopedagógica														
Diferenças T2 – T1					Diferenças T3 – T1						Diferenças T4 – T1			
Variáveis contínuas iniciais	ICAC	ICAC	CEC	CEC	ICAC	ICAC	CEC	CEC	CEC	CCQ	ICAC	ICAC	ICAC	STAI Y2
	Total	Aceitação	Total	Ansiedade	Aceitação	Mat.	Total	Ansiedade	Raiva	Individual	Total	Aceitação	Impulsividade /	Traço de
		Social			Social	Psic						Social	Atividade	Ansiedade
Idade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.71**	-	-	-
Nº anos de diagnóstico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.81*
Nº sessões quimioterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.68*	-
ICAC Total	-.52**	-.64**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aceitação Social	-.42*	-.68**	-	-	-.66**	-	-	-	-	-	-.6*	-.6**	-.63**	-
Autoeficácia	-.48*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Impulsividade / Atividade	-	-.43*	-	-	-.53*	-	-	-	-	-	-	-	-.63**	-
CEC Ansiedade	-	-	-	-	.48*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOV otimismo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.57*	-

Correlações de Spearman, *p< .05, ** p< .01, T1: pré-teste, T2: pós-teste; T3: follow-up aos 3meses, T4: follow-up aos 6 meses

As alterações relevantes encontradas na avaliação das participantes que foram sujeitas a terapia de grupo cognitivo-comportamental apresentam correlações significativas com as variáveis psicossociais iniciais, sendo de notar que se verifica um número maior de associações com as diferenças obtidas aos 6 meses do que nas duas avaliações anteriores (Ver Quadro 12). A única associação significativa encontrada entre as diferenças encontradas no pós-teste foi entre as alterações encontradas no funcionamento de papel e no controlo de ansiedade inicial, em que as diferenças parecem ser maiores nas participantes que tinham um controlo de ansiedade inicial maior (31,36%). Assim, nem as alterações no estado de ansiedade nem as alterações no funcionamento emocional (aos 3 meses) apresentaram associações significativas. Aos 6 meses, para além de ser o momento de avaliação em que as alterações apresentam mais associações com as variáveis psicossociais iniciais, a maioria dessas associações são altamente significativas (com valores de significância inferiores a .01). As alterações encontradas no traço de ansiedade apresentam uma associação positiva forte e altamente significativa com as estratégias de *coping* interpessoais iniciais (o que parece explicar 67.24% da variação dessas diferenças). As alterações no fator confusão parecem fortemente associadas positivamente ao estado de ansiedade inicial (88.36%), para além de apresentarem uma associação negativa com as estratégias de *coping* interpessoais iniciais (70.56%). Por último, as diferenças encontradas no fator de hostilidade apresentam o maior número de correlações significativas com estas variáveis. Encontram-se correlacionadas positivamente e de forma estatisticamente significativa com os sintomas de depressão iniciais avaliados pelo PHQ-9 (60.84%) e com o estado de ansiedade inicial (86.49%), para além de uma correlação do mesmo tipo moderadamente significativa com a perturbação total de humor inicial. Associa-se de forma negativa com o total da sub-escala da espiritualidade (44.89%) e com a esperança-otimismo (68.89%). Esta última associação é também altamente significativa.

Quadro 12

Correlações entre as alterações do grupo com terapia cognitivo-comportamental e as variáveis contínuas

Grupo com terapia cognitivo-comportamental						
	Diferenças T2 – T1		Diferenças T3 – T1	Diferenças T4 – T1		
	QLQ C-30 RF	STAI Y1 Estado de Ansiedade	QLQ C-30 EF	POMS Hostilidade	POMS Confusão	STAI Y2 Traço de Ansiedade
PHQ-9	-	-	-	.78**	-	-
STAI Y1 Ansiedade estado	-	-	-	.93**	.94**	-
CCQ Interpessoal	-	-	-	-	-.84*	.82**
POMS	-	-	-	-	-	-
Perturbação total de humor	-	-	-	.71*	-	-
CEC Ansiedade	.56*	-	-	-	-	-
Sub-escala espiritualidade	-	-	-	-.67*	-	-
Esperança-otimismo	-	-	-	-.83**	-	-

Correlações de Spearman, * $p < .05$, ** $p < .01$, T1: pré-teste, T2: pós-teste; T3: follow-up aos 3 meses, T4: follow-up aos 6 meses

Por fim, é de referir que não se encontraram associações estatisticamente significativas nas alterações obtidas com outras variáveis que controlámos, como o nível de motivação inicial e o número de sessões assistidas pelas doentes. Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as participantes com e sem acontecimentos significativos durante a intervenção, nem entre os grupos com e sem coterapeuta masculino, nas alterações encontradas.

4.4.6 Discussão

Em primeiro lugar, é de salientar a elevada taxa de aceitação encontrada, pois obtivemos uma taxa de recusa de 46% no nosso estudo, inferior ao estudo com a taxa de recusa mais baixa, de 48% (Chujo et al., 2005), e muito inferior à taxa mais elevada de 80% (Edelman et al., 1999a). Este resultado indica-nos a adesão das sobreviventes de

cancro da mama Portugesas às intervenções de grupo e incentiva os estudos nesta área, bem como, as intervenções deste tipo junto desta população.

Para além da forte adesão verificada, tendo em conta os resultados obtidos podemos concluir que as intervenções de grupo breves, de inspiração cognitivo-comportamental contribuíram para a diminuição da disposição à ansiedade, para a manutenção da função cognitiva, da dor e do vigor, bem como, para a manutenção dos sintomas da mama nas sobreviventes. Ambos os grupos com intervenção apresentaram redução do traço de ansiedade depois seis meses da intervenção, pelo que parecem promover uma disposição menos ansiosa a longo prazo. Enquanto o grupo sem intervenção, apresentou deterioração da função cognitiva, da dor, do vigor e um aumento dos sintomas da mama.

No seguimento do nosso objetivo principal, de avaliação da eficácia dos programas de intervenção, podemos afirmar que se verificaram efeitos positivos em alguns indicadores de ajustamento emocional estudados, no traço de ansiedade com ambas as intervenções e no autoconceito com a intervenção psicopedagógica, em comparação com um grupo sem intervenção que apresentou deterioração de alguns domínios da qualidade de vida e do vigor. Se tivermos em consideração que o traço de personalidade de ansiedade tem mostrado ser preditivo de maior sofrimento emocional em sobreviventes de cancro da mama (Bleiker, Pouwer, Ploeg, Leer & Adèr, 2000), a diminuição verificada deste traço com as intervenções é um efeito extremamente desejável.

A comparação dos resultados obtidos com os dois tipos de intervenção de grupo levam-nos a concluir que o programa psicopedagógico é mais adequado para aplicação às sobreviventes de longa duração, pois leva a mais efeitos terapêuticos, especialmente ao nível da melhoria do autoconceito e dos seus fatores (aceitação social e impulsividade/atividade), verificados até aos 6 meses. Apesar de se ter encontrado que as sobreviventes com esta intervenção apresentaram também um aumento do controlo emocional (não só do total, mas das emoções de ansiedade e raiva) até aos 3 meses, o que não persistiu até aos 6 meses, bem como, um efeito significativo de diminuição das estratégias de *coping* individuais aos 3 meses, que também não persistiu. É de referir que os estudos que avaliaram a eficácia de intervenções de grupo psicopedagógicas não têm encontrado melhorias tão acentuadas no autoconceito, ainda que do ponto de vista teórico este resultado seja expectável, como é apontado desde 1999 por Spiegel e colaboradores, que apontavam como potencial vantagem da intervenção de grupo a promoção do

autoconceito e da autoestima, por proporcionarem uma oportunidade para as participantes verificarem que conseguiam interajudarem-se. A melhoria do autoconceito é um efeito importante, já que autores como Amorim (2007) têm encontrado a associação do autoconceito ao ajustamento emocional em mulheres com cancro da mama Portuguesas. Maior consenso é encontrado relativamente à qualidade de vida, em que os estudos têm encontrado que este tipo de intervenção leva a melhoria da qualidade de vida (Fukui et al., 2000; Simpson et al., 2001), nomeadamente da dor (Helgeson et al., 2001), bem como, do vigor ou vitalidade (Fukui et al., 2000), que são variáveis psicossociais em que esta intervenção também pode ter surtido efeitos, já que o grupo equivalente sem intervenção apresentou piorias nas mesmas.

A terapia de grupo cognitivo-comportamental, em comparação com a psicopedagógica, não deve ser tão incentivada para a intervenção com sobreviventes de longa duração, por ter apresentado um aumento no estado de ansiedade e de diminuição do funcionamento de papel (da qualidade de vida) no final da intervenção, bem como, de diminuição do funcionamento emocional após 3 meses, ainda que estes efeitos não tenham persistido até aos 6 meses. Aos 6 meses também se verificou o aumento da hostilidade e confusão, que não sabemos se perdurou para além desse período, pois não foram realizados momentos de avaliação posteriores. Esta intervenção parece ser mais indicada para a sobrevivência de curta duração, na qual já apresentou eficácia no estudo de Dolbeault e colaboradores (2008, 2009). Esta conclusão é também concordante com o resultado encontrado entre as sobreviventes do nosso estudo, que indica que as sobreviventes de longa duração apresentam maior aumento de ansiedade com a intervenção do que as de curta duração.

Alguns resultados obtidos com a terapia de grupo cognitivo-comportamental vão de encontro ao que outros estudos têm encontrado, nomeadamente, Dolbeault e colaboradores (2008, 2009), que encontraram efeitos terapêuticos no vigor, e Helgeson e colaboradores (2001), que encontraram efeitos no funcionamento físico e na dor, nos quais esta intervenção também pode ter surtido efeitos, pois o grupo sem intervenção apresentou deterioração. Ainda assim, os resultados obtidos com esta intervenção não vão completamente de encontro ao que foi encontrado por outros estudos, em que foi encontrada melhoria da qualidade de vida (Fukui et al., 2000; Simpson et al., 2001),

nomeadamente do funcionamento emocional e do funcionamento de papel (Dolbeault, 2008, 2009), em que se verificou deterioração neste estudo.

Uma das possíveis explicações para os resultados encontrados, em que se encontraram mais efeitos terapêuticos com o programa psicopedagógico, pode estar relacionado com o fato deste englobar de forma mais estruturada indicações para promoção do restabelecimento do funcionamento físico. Nesse programa são discutidas guias de orientação sobre a alimentação e o exercício físico para sobreviventes de cancro, enquanto o programa de terapia de grupo cognitivo-comportamental não tem este enfoque. Esta possibilidade de explicação vai de encontro à consideração de Ronson e Body (2002), que consideram que não existe reabilitação psicossocial eficaz para sobreviventes oncológicos sem esforços simultâneos para promoção da condição física, o que fundamentam no conhecimento de que o retorno ao funcionamento físico anterior é um fator de proteção de sofrimento emocional importante nestes doentes. Outra explicação possível prende-se com uma das necessidades mais sentidas pelos sobreviventes consistir em aprender acerca do cancro (Martin et al., 2011; Thewes, Butow, Girgis, & Pendlebury, 2004), a que a intervenção psicopedagógica, pelo seu enfoque didático, pode dar melhor resposta. Por outro lado, ainda outra possível explicação refere-se ao facto da terapia cognitivo-comportamental se centrar na reestruturação cognitiva de pensamentos disfuncionais, o que nas sobreviventes especialmente de longa duração, pode não se revelar especialmente útil, pois esta população teve de aprender a lidar com o viver após o cancro durante um período relativamente extenso e pode nem ter pensamentos disfuncionais relacionados com a doença, e estes pensamentos podem ser reativados pela necessidade de os reviver ao longo da terapia.

Em relação aos resultados encontrados com o grupo de controlo, alguns estudos também têm encontrado uma deterioração da qualidade de vida das sobreviventes de cancro da mama ao longo do tempo (Ganz et al., 1996; Holzner et al., 2001). Estes resultados fortalecem a pertinência de intervenção nesta população e a indicação dos programas desenvolvidos neste estudo. É desta forma, que concluímos que os manuais que propomos são pertinentes para a prática clínica com sobreviventes de cancro da mama, pois podem impedir a deterioração da qualidade de vida e do vigor, mais especificamente, da função cognitiva, da dor e dos sintomas da mama. Aconselhamos para esta população especialmente a intervenção psicoeducativa, por não apresentar qualquer efeito

potencialmente negativo e por apresentar benefícios alargados e prolongados no autoconceito, para além da desejável diminuição do traço de ansiedade.

Em relação ao nosso objetivo de avaliação da interação dos resultados com as variáveis demográficas, clínicas e psicossociais, podemos verificar que existem variáveis associadas aos efeitos terapêuticos obtidos, bem como, associadas às alterações obtidas no grupo sem intervenção. De forma geral, podemos afirmar que os resultados indicam que a idade das sobreviventes está associada aos resultados obtidos no autoconceito e no traço de ansiedade no grupo psicopedagógico, encontrando-se as sobreviventes mais novas associadas a maiores efeitos terapêuticos. Este resultado vai de encontro aos estudos que têm encontrado uma associação entre a idade e indicadores de ajustamento emocional (Aziz, 2002; Aziz, 2007a; Burgess et al., 2005; Fernandes, 2009; Lemieux, Bordeleau e Goodwin, 2007; Mosher & Danoff-Burg, 2005; Rebelo et al., 2007; Thewes et al., 2004). De igual forma, a sobrevivência de longa duração está associada a piores resultados terapêuticos, pois o número de anos de sobrevivência mostrou estar associado a menores ganhos na diminuição do traço de ansiedade com a intervenção psicopedagógica. Também se encontram as seguintes associações: um menor autoconceito inicial está associado a maiores diferenças no autoconceito obtidas na intervenção psicopedagógica; um menor otimismo está associado a maiores ganhos no fator de impulsividade/atividade na intervenção psicopedagógica e o maior controlo emocional parece estar associado a maior deterioração do funcionamento cognitivo com a terapia de grupo cognitivo-comportamental, para além de maior dor no grupo de controlo. Vários autores encontraram a influência do nível de sofrimento inicial nos resultados obtidos com a intervenção de grupo, apontando para maiores resultados com níveis de sofrimento iniciais mais elevados (Andersen et al., 2007; Groarke et al., 2012; McKiernan et al., 2010), o que é também concluído na meta-análise de Schneider et al. (2010). A realização de alguns tratamentos também parece estar associada a piores resultados, ou seja, o menor número de sessões de quimioterapia aparece associado a maiores ganhos no fator de impulsividade/atividade na intervenção psicopedagógica, a realização de quimioterapia apresenta associação a menores efeitos no traço de ansiedade na terapia cognitivo-comportamental e a hormonoterapia está associada a um controlo emocional maior na intervenção psicopedagógica. Esta associação dos tratamentos à variação das variáveis dependentes era expectável, visto que existem vários estudos que encontram associação dos tratamentos a

indicadores de ajustamento emocional (Aziz & Rowland, 2003; Burgess et al., 2005; Frost et al., 2000; Mols et al., 2005; Rebelo et al., 2007).

Um resultado que não era esperado é o de que as estratégias de *coping* interpessoais iniciais estão associadas de forma positiva a maiores efeitos terapêuticos no traço de ansiedade na terapia cognitivo-comportamental, pois a literatura evidencia que são os níveis iniciais mais reduzidos destas estratégias que predizem mais efeitos terapêuticos. No entanto, a literatura também refere largamente que as estratégias de *coping* que envolvem o companheiro (avaliado por esta subescala do nosso estudo) são um fator protetor importante no ajustamento psicossocial desta população (Avis, Crawford & Manuel, 2005; Quartana, Schmaus & Zakowski, 2005; Pistrang & Baker, 1995; Wimberly et al., 2005), existindo inclusivamente indicações no sentido de promoção da expressão dos receios e preocupações dos sobreviventes, por forma a aumentar as respostas de apoio do companheiro (Thornton & Perez, 2007).

As associações encontradas com os resultados encontrados na terapia cognitivo-comportamental podem ajudar a concluir que este tipo de intervenção pode não ser o mais indicado para a fase da sobrevivência de longo prazo, pois o maior tempo de sobrevivência está associado a maiores aumentos nos estados de ansiedade com esta intervenção, pelo que esta parece ser mais indicada para a sobrevivência de curta duração, na qual já apresentou eficácia noutro estudo anterior (Dolbeault et al., 2008, 2009). Se tivermos em consideração as variáveis que se encontram associadas às alterações menos benéficas deste tipo de intervenção, podemos afirmar que pode estar menos indicada para as sobreviventes que apresentam inicialmente mais sintomas de ansiedade, de depressão e perturbação de humor, nas que possuem estratégias de *coping* interpessoais mais baixas (pouca cooperação com o companheiro contra o cancro), bem como, nas que apresentam níveis de espiritualidade e de esperança-otimismo mais baixos. A apresentação de um valor significativamente superior de perturbação total de humor nas sobreviventes que desistiram deste tipo intervenção no início também parece fortalecer esta sugestão.

Em relação às participantes que desistiram no início da intervenção, três participantes, é de referir que uma das razões apontada foi a ativação emocional no confronto com as temáticas das sessões psicopedagógicas, numa doente com sintomatologia grave anterior e relacionada com o cancro da mama. Esta desistência pode significar que este tipo de intervenção pode não ser a mais indicada para sobreviventes

com história de psicopatologia grave associada ao cancro da mama, pelo que sugerimos, como outra implicação prática, que este seja um critério de exclusão adicional na seleção das participantes.

A principal limitação do estudo refere-se a não se tratar de um estudo com um desenho experimental completamente aleatório, pelo que se sugere que estudos futuros consigam estudar as intervenções de grupo em sobreviventes de cancro da mama com esse tipo de metodologia mais robusta. Outra limitação refere-se a se utilizar uma amostra com pouca variação a nível de sofrimento emocional, o que fez com que não fosse possível fazer comparações da eficácia das intervenções em participantes com um sofrimento emocional maior. Contudo, este estudo afirma-se como uma evolução importante em relação ao estado de arte atual, em que poucos estudos de eficácia de intervenção têm sido realizados com sobreviventes, especialmente de longa duração, e com a avaliação dos efeitos até aos 6 meses. Em Portugal esse ponto evolutivo é ainda mais significativo, pois não se conhecem estudos de eficácia terapêutica com sobreviventes e especialmente com intervenções de grupo anteriores aos estudos da nossa equipa. Podemos, nesta medida, afirmar que este estudo constitui um passo para colmatar a lacuna existente em Portugal de investigação na intervenção com sobreviventes, identificada por autores como Sousa (2007).

A integração das intervenções breves e estruturadas deverão ser estudadas no futuro, no âmbito de programas multidisciplinares que contemplem a promoção da saúde física, conforme sugerem alguns autores como Ronson e Body (2002). A inclusão nos programas de intervenção de estratégias mais recentes da abordagem cognitivo-comportamental, como o *mindfulness*, que já têm sido testadas internacionalmente (Carlson, Speca, Patel & Goodey, 2003; Witek-Janusek et al., 2008), seria importante para testar se aumentavam os efeitos terapêuticos ou a sua durabilidade. Também a adequação das estratégias utilizadas, como o registo de monitorização em 5 colunas, pode ser substituído pelo modelo de cinco áreas, conforme sugere Moorey (comunicação pessoal, 2 de Fevereiro, 2013). Estudos futuros deveriam também avaliar os efeitos de alterações no programa de intervenção psicopedagógica no sentido de se aumentar a sensibilização para a importância da expressão emocional, em especial com os companheiros, por forma a minorar o aumento que se verificou no controlo emocional e a diminuição das estratégias de *coping*. Uma sugestão mais extensa desta sugestão seria a realização de estudos com a

aplicação deste tipo de intervenção com grupos de casais ou de famílias das sobreviventes, conforme alguns autores já têm tentado internacionalmente na fase inicial da doença (Manne & Ostroff, 2011) e em fase avançada (Zaider & Kissane, 2011). O estudo da aplicação do programa de intervenção cognitivo-comportamental com sobreviventes de curta duração é outra sugestão, com o intuito de se conhecer a eficácia neste tipo de sobreviventes Portuguesas, em que se conseguiram bons resultados num estudo internacional (Dolbeault et al., 2008, 2009). Outra sugestão refere-se à utilização de outros instrumentos, especialmente de avaliação de *coping* e de controlo emocional, para se puder verificar a obtenção da replicação dos resultados encontrados. A utilização de um grupo de controlo maior também é uma sugestão para estudos futuros, pois com o número de desistências verificado deixámos de ter este grupo antes do final do estudo, o que seria importante não ter acontecido para poder verificar os resultados obtidos nessa fase, nomeadamente, para se verificar se este grupo não apresentava alterações no traço de ansiedade aos 6 meses, ao contrário dos restantes grupos.

Neste trabalho não tivemos em consideração a influência dos processos dos grupos, como também não tem a maioria dos estudos com intervenções de grupo da abordagem cognitivo-comportamental (Burlingame, MacKenzie & Strauss, 2004), no entanto, como a evidência empírica sugere que controlar estas propriedades dos grupos podem tornar estes grupos mais efetivos (Fuhriman & Burlingame, 1994), sugerimos que sejam considerados em estudos futuros. Para além de medidas de eficácia a nível das variáveis psicológicas, poderia ter-se em consideração futuramente a avaliação dos efeitos no nível conhecimentos, especialmente nos grupos psicopedagógicos, conforme sugere Brown (2005). Explorar os efeitos com medidas fisiológicas e imunológicas, como alterações nos níveis de cortisol, nas citocinas e na produção de linfócitos, bem como, avaliar o efeito no aumento da sobrevivência, são igualmente sugestões para estudos futuros.

Parte III – Conclusão Integrativa

“Radiante e inacessível é a Sabedoria.

Facilmente a contemplam os que a amam e a encontram os que a procuram.

Quem madruga para buscar-la não se cansará, pois à sua porta a encontrará sentada.”

Sb 6, 12-16

Capítulo 5

Conclusão Integrativa

Conclusões gerais

Com a revisão da literatura realizada foi possível constatar que uma proporção não negligenciável desta população apresenta um risco acrescido de morbilidade psicológica e de comprometimento da qualidade de vida. Concomitantemente também se constatou que as intervenções psicológicas e, em especial as mais breves e estruturadas, de inspiração na abordagem cognitivo-comportamental, têm encontrado resultados terapêuticos com os doentes oncológicos, ainda que se verifique uma lacuna no estudo da eficácia destas intervenções nas sobreviventes de cancro da mama.

Foi possível neste trabalho realizar dois estudos de validação de instrumentos de avaliação com doentes com cancro da mama, na sua maioria sobreviventes de longa duração. Este trabalho contribui, assim, com dois novos instrumentos, com boas qualidades psicométricas, para aplicação clínica e de investigação, o Questionário das Formas de Lidar com o Cancro (CCQ) e o Questionário de Saúde do Doente com nove itens (PHQ-9). Encontrou-se que o Questionário das Formas de Lidar com o Cancro apresenta uma satisfatória distribuição e relação entre os itens da escala, bem como, uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de .80 para a escala completa), com correlações entre as duas aplicações da escala positivas e significativas e simultaneamente não muito elevadas o que nos indica que a escala avalia estados e não traços, isto é, mostra-se sensível às alterações, conforme é esperado, com a escala individual a apresentar uma correlação de Spearman de .59 ($p < .001$) e a interpessoal de .65 ($p < .001$). De igual forma encontrou-se que a versão Portuguesa do Questionário de Saúde do Doente com nove itens (PHQ-9) apresenta uma consistência interna adequada com esta população (Alfa de Chronbach= .86), bem como boa validade teste-reteste (Coeficiente de Correlação Intraclass= .87) e validade de construto.

Foi também possível desenvolver dois programas de intervenção de grupo breves e estruturados, com inspiração na abordagem cognitivo-comportamental, que se tratam do tipo de intervenção mais consensualmente indicada para esta população. Contribuiu-se,

assim, com instrumentos de intervenção inovadores para aplicação clínica e em investigação.

Depois de estudos exploratórios preliminares, realizou-se um estudo de eficácia comparativo com os dois programas de intervenção desenvolvidos, tendo simultaneamente um grupo sem intervenção. Este foi o principal objetivo e foco deste trabalho, pelo que nos deteremos sobre a discussão mais detalhada destes resultados.

Em primeiro lugar, é de salientar a elevada taxa de aceitação encontrada, pois obtivemos uma taxa de recusa de 46% no nosso estudo, inferior ao estudo com a taxa de recusa mais baixa, de 48% (Chujo et al., 2005), e muito inferior à taxa mais elevada de 80% (Edelman et al., 1999a). Este resultado indica-nos a adesão das sobreviventes de cancro da mama Portuguesas às intervenções de grupo e incentiva os estudos nesta área, bem como, as intervenções deste tipo junto desta população.

Para além da forte adesão verificada, tendo em conta os resultados obtidos podemos concluir que as intervenções de grupo breves, de inspiração cognitivo-comportamental contribuíram para a diminuição da disposição à ansiedade, para a manutenção da função cognitiva, da dor e do vigor, bem como, para a manutenção dos sintomas da mama nas sobreviventes. No seguimento do nosso objetivo principal, de avaliação da eficácia dos programas de intervenção, podemos afirmar que se verificaram efeitos positivos em alguns indicadores de ajustamento emocional estudados, no traço de ansiedade com ambas as intervenções e no autoconceito com a intervenção psicopedagógica, em comparação com um grupo sem intervenção que apresentou deterioração de alguns domínios da qualidade de vida e do vigor. Se tivermos em consideração que o traço de personalidade de ansiedade tem mostrado ser preditivo de maior sofrimento emocional em sobreviventes de cancro da mama (Bleiker, Pouwer, Ploeg, Leer & Adèr, 2000), a diminuição verificada deste traço com as intervenções é um efeito extremamente desejável.

A comparação dos resultados obtidos com os dois tipos de intervenção de grupo levam-nos a concluir que o programa psicopedagógico é mais adequado para aplicação às sobreviventes de longa duração, pois leva a mais efeitos terapêuticos, especialmente ao nível da melhoria do autoconceito e dos seus fatores (aceitação social e impulsividade/atividade), verificados até aos 6 meses. Apesar de se ter encontrado que as sobreviventes com esta intervenção apresentaram também um aumento do controlo emocional (não só do total, mas das emoções de ansiedade e raiva) até aos 3 meses, o que

não persistiu até aos 6 meses, bem como, um efeito significativo de diminuição das estratégias de *coping* individuais aos 3 meses, que também não persistiu. É de referir que os estudos que avaliaram a eficácia de intervenções de grupo psicopedagógicas não têm encontrado melhorias tão acentuadas no autoconceito, ainda que do ponto de vista teórico este resultado seja expectável, como é apontado desde 1999 por Spiegel e colaboradores, que apontavam como potencial vantagem da intervenção de grupo a promoção do autoconceito e da autoestima, por proporcionarem uma oportunidade para as participantes verificarem que conseguiam interajudarem-se. A melhoria do autoconceito é um efeito da intervenção importante, já que autores como Amorim (2007) têm encontrado a associação do autoconceito ao ajustamento emocional em mulheres com cancro da mama Portuguesas. Maior consenso é encontrado relativamente à qualidade de vida, em que os estudos têm encontrado que este tipo de intervenção leva à melhoria da qualidade de vida (Fukui et al., 2000; Simpson et al., 2001), nomeadamente da dor (Helgeson et al., 2001), bem como, do vigor ou vitalidade (Fukui et al., 2000), que são variáveis psicossociais em que esta intervenção também pode ter surtido efeitos, já que o grupo equivalente sem intervenção apresentou deterioração das mesmas.

Conclui-se também que a terapia de grupo cognitivo-comportamental, em comparação com a psicopedagógica, não deve ser tão incentivada para a intervenção com sobreviventes de longa duração, por ter apresentado um aumento no estado de ansiedade e de diminuição do funcionamento de papel (da qualidade de vida) no final da intervenção, bem como, de diminuição do funcionamento emocional após 3 meses, ainda que estes efeitos não tenham persistido até aos 6 meses. Aos 6 meses também se verificou o aumento da hostilidade e confusão, que não sabemos se perdurou para além desse período, pois não foram realizados momentos de avaliação posteriores. Esta intervenção parece ser mais indicada para a sobrevivência de curta duração, na qual já apresentou eficácia no estudo de Dolbeault e colaboradores (2008, 2009). Esta conclusão é também concordante com o resultado encontrado entre as sobreviventes do nosso estudo, que indica que as de longa duração apresentam maior aumento de ansiedade com a intervenção do que as de curta duração. Por outro lado, alguns resultados obtidos com a terapia de grupo cognitivo-comportamental vão de encontro ao que outros estudos têm encontrado, nomeadamente, Dolbeault e colaboradores (2008, 2009), que encontraram efeitos terapeuticos no vigor, e Helgeson e colaboradores (2001), que encontraram efeitos no funcionamento físico e na

dor, nos quais esta intervenção também pode ter surtido efeitos, pois o grupo sem intervenção apresentou deterioração. Ainda assim, os resultados obtidos com esta intervenção não vão completamente de encontro ao que foi encontrado por outros estudos, em que foi encontrada melhoria da qualidade de vida (Fukui et al., 2000; Simpson et al., 2001), nomeadamente do funcionamento emocional e do funcionamento de papel (Dolbeault, 2008, 2009), em que se verificaram deterioração neste estudo.

Uma das possíveis explicações para os resultados encontrados, em que se encontraram mais efeitos terapêuticos com o programa psicopedagógico, pode estar relacionado com o fato deste englobar de forma mais estruturada indicações para promoção do restabelecimento do funcionamento físico. Nesse programa são discutidas guias de orientação sobre a alimentação e o exercício físico para sobreviventes de cancro, enquanto o programa de terapia de grupo cognitivo-comportamental não tem este enfoque. Esta possibilidade de explicação vai de encontro à consideração de Ronson e Body (2002), que consideram que não existe reabilitação psicossocial eficaz para sobreviventes oncológicos sem esforços simultâneos para promoção da condição física, o que fundamentam no conhecimento de que o retorno ao funcionamento físico anterior é um fator de proteção de sofrimento emocional importante nestes doentes. Outra explicação possível prende-se com uma das necessidades mais sentidas pelos sobreviventes consistir em aprender acerca do cancro (Martin et al., 2011; Thewes, Butow, Girgis, & Pendlebury, 2004), a que a intervenção psicopedagógica, pelo seu enfoque didático, pode dar melhor resposta. Por outro lado, ainda outra possível explicação refere-se ao facto da terapia cognitivo-comportamental se centrar na reestruturação cognitiva de pensamentos disfuncionais, o que nas sobreviventes, especialmente de longa duração, pode não se revelar especialmente útil, pois esta população teve de aprender a lidar com o viver após o cancro durante um período relativamente extenso e pode nem ter pensamentos disfuncionais relacionados com a doença, pelo que estes pensamentos podem ser reativados pela necessidade de os reviver ao longo da terapia.

Em relação aos resultados encontrados com o grupo de controlo, alguns estudos também têm encontrado uma deterioração da qualidade de vida das sobreviventes de cancro da mama ao longo do tempo (Ganz et al., 1996; Holzner et al., 2001). Estes resultados fortalecem a pertinência de intervenção nesta população e a indicação dos programas desenvolvidos neste estudo. É desta forma, que concluímos que os manuais que

propomos são pertinentes para a prática clínica com sobreviventes de cancro da mama, pois podem impedir a deterioração da qualidade de vida e do vigor, mais especificamente, da função cognitiva, da dor e dos sintomas da mama. Aconselhamos para esta população especialmente a intervenção psicoeducativa, por não apresentar qualquer efeito potencialmente negativo e por apresentar benefícios alargados e prolongados no autoconceito, para além da desejável diminuição do traço de ansiedade.

Em relação ao nosso objetivo de avaliação da interação dos resultados com as variáveis demográficas, clínicas e psicossociais, podemos verificar que existem variáveis associadas aos efeitos terapêuticos obtidos, bem como, associadas às alterações obtidas no grupo sem intervenção. De forma geral, podemos afirmar que os resultados indicam que a idade das sobreviventes está associada aos resultados obtidos no autoconceito e no traço de ansiedade no grupo psicopedagógico, encontrando-se as sobreviventes mais novas associadas a maiores efeitos terapêuticos. Este resultado vai de encontro aos estudos que têm encontrado uma associação entre a idade e indicadores de ajustamento emocional (Aziz, 2002; Aziz, 2007a; Burgess et al., 2005; Fernandes, 2009; Lemieux, Bordeleau e Goodwin, 2007; Mosher & Danoff-Burg, 2005; Rebelo et al., 2007; Thewes et al., 2004). De igual forma, a sobrevivência de longa duração está associada a piores resultados terapêuticos, pois o número de anos de sobrevivência mostrou estar associado a menores ganhos na diminuição do traço de ansiedade com a intervenção psicopedagógica. Também se encontram as seguintes associações: um menor autoconceito inicial está associado a maiores diferenças no autoconceito obtidas na intervenção psicopedagógica; um menor otimismo está associado a maiores ganhos no fator de impulsividade/atividade na intervenção psicopedagógica e o maior controlo emocional parece estar associado a maior deterioração do funcionamento cognitivo com a terapia de grupo cognitivo-comportamental, para além de maior dor no grupo de controlo. Vários autores encontraram a influência do nível de sofrimento inicial nos resultados obtidos com a intervenção de grupo, apontando para maiores resultados com níveis de sofrimento iniciais mais elevados (Andersen et al., 2007; Groarke et al., 2012; McKiernan et al., 2010), o que é também concluído na meta-análise de Schneider et al. (2010). A realização de alguns tratamentos também parece estar associada a piores resultados, ou seja, o menor número de sessões de quimioterapia aparece associado a maiores ganhos no fator de impulsividade/atividade na intervenção psicopedagógica, a realização de quimioterapia apresenta associação a

menores efeitos no traço de ansiedade na terapia cognitivo-comportamental e a hormonoterapia está associada a um controlo emocional maior na intervenção psicopedagógica. Esta associação dos tratamentos à variação das variáveis dependentes era expectável, visto que existem vários estudos que encontram associação dos tratamentos a indicadores de ajustamento emocional (Aziz & Rowland, 2003; Burgess et al., 2005; Frost et al., 2000; Mols et al., 2005; Rebelo et al., 2007).

Um resultado que não era esperado é o de que as estratégias de *coping* interpessoais iniciais estão associadas de forma positiva a maiores efeitos terapêuticos no traço de ansiedade na terapia cognitivo-comportamental, pois a literatura evidencia que são os níveis iniciais mais reduzidos destas estratégias que predizem mais efeitos terapêuticos. No entanto, a literatura também refere largamente que as estratégias de *coping* que envolvem o companheiro (avaliadas no nosso estudo por esta subescala) são um fator protetor importante no ajustamento psicossocial desta população (Avis, Crawford & Manuel, 2005; Quartana, Schmaus & Zakowski, 2005; Pistrang & Baker, 1995; Wimberly et al., 2005), existindo inclusivamente indicações no sentido de promoção da expressão dos receios e preocupações dos sobreviventes, por forma a aumentar as respostas de apoio do companheiro (Thornton & Perez, 2007).

As associações encontradas com os resultados encontrados na terapia cognitivo-comportamental podem ajudar a concluir que este tipo de intervenção pode não ser o mais indicado para a fase da sobrevivência de longo prazo, pois o maior tempo de sobrevivência está associado a maiores aumentos nos estados de ansiedade com esta intervenção, pelo que esta parece ser mais indicada para a sobrevivência de curta duração, na qual já apresentou eficácia noutro estudo anterior (Dolbeault et al., 2008, 2009). Se tivermos em consideração as variáveis que se encontram associadas às alterações menos benéficas deste tipo de intervenção, podemos afirmar que pode estar menos indicada para as sobreviventes que apresentam inicialmente mais sintomas de ansiedade, de depressão e perturbação de humor, nas que possuem estratégias de *coping* interpessoais mais baixas (pouca cooperação com o companheiro contra o cancro), bem como, nas que apresentam níveis de espiritualidade e de esperança-otimismo mais baixos. A apresentação de um valor significativamente superior de perturbação total de humor nas sobreviventes que desistiram deste tipo intervenção no início também parece fortalecer esta sugestão.

Em relação às participantes que desistiram no início da intervenção, três participantes, é de referir que uma das razões apontada foi a ativação emocional no confronto com as temáticas das sessões psicopedagógicas, numa doente com sintomatologia grave anterior e relacionada com o cancro da mama. Esta desistência pode significar que este tipo de intervenção pode não ser a mais indicada para sobreviventes com história de psicopatologia grave associada ao cancro da mama, pelo que sugerimos que este seja um critério de exclusão adicional na seleção das participantes.

Limitações

A maior limitação da investigação refere-se a ter-se adotado um grupo de controlo equivalente, não obtido por distribuição completamente aleatória, o que limita a generalização dos resultados. Esta limitação prende-se com a de não se tratar de um estudo com um desenho experimental completamente aleatório, que se trata do tipo de desenho com maior rigor científico, daí considerarmos que esta é a principal limitação da investigação. Em termos de metodologia, o facto dos investigadores envolvidos e mesmo as participantes conhecerem as expectativas terapêuticas do estudo, ou seja, de não se tratar de um plano de investigação duplamente cego, pode constituir um enviesamento dos resultados, por ambos poderem tentar ir de encontro ou afastarem-se do esperado. O tamanho da amostra utilizada no grupo de controlo foi outra limitação do estudo, pois a *mortalidade* experimental fez com que não tivéssemos este grupo para comparação no segundo seguimento. O facto de utilizarmos maioritariamente mulheres voluntárias no Movimento Vencer e Viver pode enviesar, por si só, os resultados, pois estas podem ter características que as diferenciem da população global de sobreviventes de cancro da mama. Outra limitação importante refere-se a se utilizar uma amostra com pouca variação a nível de sofrimento emocional, o que fez com que não fosse possível fazer comparações da eficácia das intervenções em participantes com um sofrimento emocional maior.

Implicações

Este trabalho vem colmatar uma lacuna de investigação que tem vindo a ser identificada a nível nacional e internacional, que se trata da investigação na área da sobrevivência ao cancro e da reabilitação psicossocial desta população em exponencial crescimento. Este estudo afirma-se como uma evolução importante em relação ao estado

de arte atual, em que poucos estudos de eficácia de intervenção têm sido realizados com sobreviventes, especialmente de longa duração, e com a avaliação dos efeitos até aos 6 meses. Em Portugal esse ponto evolutivo é ainda mais significativo, pois não se conhecem estudos de eficácia terapêutica com sobreviventes e especialmente com intervenções de grupo, para além dos que foram realizados pela equipa da Universidade de Aveiro. Podemos, nesta medida, afirmar que este estudo constitui um passo importante para colmatar a lacuna existente em Portugal de investigação na intervenção com sobreviventes, identificada por autores como Sousa (2007).

Este trabalho vem, então, contribuir para os conhecimentos na área da psico-oncologia, especificamente para a área de estudos da sobrevivência e da reabilitação psicossocial desta população e contribuiu com a validação de instrumentos para esta população, bem como, contribuiu com o desenvolvimento de dois programas de intervenção breves e estruturados com avaliação da eficácia. Em termos clínicos e de investigação, isto significa que existirão dois novos instrumentos de avaliação psicológica e dois novos programas de intervenção de grupo para aplicação a sobreviventes. Desta forma, este trabalho possibilita a aplicação clínica dos instrumentos de avaliação e de intervenção a um número mais abrangente de sobreviventes, permitindo a identificação de necessidades e diminuindo pelo menos a probabilidade de deterioração associada à sobrevivência ao cancro. Este trabalho fornece também a possibilidade de realização de estudos de eficácia posteriores, com amostras mais representativas e com metodologias mais robustas, nomeadamente estudos duplamente cegos e completamente aleatórios. É de salientar que se conhecem os efeitos dos programas de intervenção, ao contrário do que acontece com muitos programas que são utilizados sistematicamente neste contexto em Portugal. Uma implicação relacionada importante refere-se à contribuição do estudo para a demonstração da importância da avaliação da eficácia das intervenções, pois sublinha o risco em que se incorre na prática clínica quando se implementam intervenções sistematicamente sem conhecer, controlar e avaliar a sua eficácia. Outra implicação prática importante refere-se ao conhecimento da maior indicação da intervenção de grupo psicopedagógica para as sobreviventes de longa duração. Acresce o facto destas intervenções se adequarem à realidade sócio-económica que se vive atualmente, em que uma das circunstâncias determinantes da política de saúde atual é o fator financeiro, em que a aposta passa por intervenções com um bom equilíbrio custo-eficácia. A investigação,

desenvolvimento e implementação deste tipo de intervenções deve, portanto, ser incrementada. A pertinência desta implicação prática é ainda reforçada pela involução do ajustamento psicossocial desta população durante 5 meses quando não é sujeita a qualquer intervenção, demonstrando a importância de intervir nesta população, para a qual existem programas com benefícios comprovados com um bom custo-eficácia. Salientamos que não será suficiente encontrar eficácia terapêutica deste tipo de intervenções e tentar continuamente implementá-la, teremos também de sensibilizar e motivar os outros técnicos de saúde com quem os psicólogos interatuam no trabalho com doentes oncológicos, para que a deteção e encaminhamento de doentes se concretize e um número mais elevado de doentes beneficiem de intervenção.

Sugestões para investigações futuras

Os instrumentos de avaliação e os programas de intervenção estudados nesta investigação deverão continuar a ser objeto de estudo no futuro, com vista a testar a generalização dos resultados obtidos. Os programas de intervenção devem ser idealmente estudados no âmbito de estudos completamente aleatórios e duplamente cegos (estudos em que os participantes e os investigadores envolvidos na aplicação e avaliação desconhecem as hipóteses de investigação). A integração das intervenções breves e estruturadas deverão ser estudadas no futuro no âmbito de programas multidisciplinares que contemplem a promoção da saúde física, conforme sugerem alguns autores como Ronson e Body (2002) e de acordo com alguns resultados promissores encontrados em sobreviventes de cancro da mama (Angen et al., 2002; Berglund et al., 1994; Kwiatkowski et al., 2013), até por ser uma área que carece de mais investigação (Khan et al., 2012). A inclusão nos programas de intervenção de estratégias mais recentes da abordagem cognitivo-comportamental, como o *mindfulness*, que já têm sido testadas internacionalmente em doentes com este tipo de cancro (Carlson, Speca, Patel & Goodey, 2003; Witek-Janusek et al., 2008), seria importante para testar se aumentava os efeitos terapêuticos ou a sua durabilidade. Também a adequação das estratégias utilizadas, como o registo de monitorização em cinco colunas, pode ser substituído pelo modelo de cinco áreas, conforme sugere Moorey (comunicação pessoal, 2 de Fevereiro de 2013). Estudos futuros deveriam também avaliar os efeitos de alterações no programa de intervenção psicopedagógica no sentido de se aumentar a sensibilização para a importância da expressão emocional, em especial com os

companheiros, por forma a minorar o aumento que se verificou no controlo emocional e a diminuição das estratégias de *coping*. Uma sugestão mais extensa desta sugestão seria a realização de estudos com a aplicação deste tipo de intervenção com grupos de casais ou de famílias das sobreviventes, conforme alguns autores já têm tentado internacionalmente na fase inicial da doença (Manne & Ostroff, 2011) e na fase avançada (Zaider & Kissane, 2011). O estudo da aplicação do programa de intervenção cognitivo-comportamental com sobreviventes de curta duração é outra sugestão, com o intuito de se conhecer a eficácia neste tipo de sobreviventes, em que se conseguiram bons resultados num estudo internacional (Dolbeault et al., 2008, 2009). Outra sugestão refere-se à utilização de outros instrumentos, especialmente de avaliação de *coping* e de controlo emocional, para se puder testar a obtenção dos resultados encontrados neste estudo. A utilização de um grupo de controlo maior também é uma sugestão para estudos futuros, pois com o número de desistências verificado deixámos de ter este grupo antes do final do estudo, o que seria importante não ter acontecido para poder verificar os resultados obtidos nessa fase. Neste trabalho não tivemos em consideração a influência dos processos dos grupos, como também não tem a maioria dos estudos com intervenções de grupo da abordagem cognitivo-comportamental (Burlingame, MacKenzie & Strauss, 2004), no entanto, como a evidência empírica sugere que controlar estas propriedades dos grupos podem torná-los mais efetivos (Fuhrman & Burlingame, 1994), sugerimos que sejam considerados em estudos futuros. Para além de medidas de eficácia a nível das variáveis psicológicas, poderia ter-se em consideração futuramente a avaliação dos efeitos no nível conhecimentos, especialmente nos grupos psicopedagógicos, conforme sugere Brown (2005). Explorar os efeitos com medidas fisiológicas e imunológicas, como alterações nos níveis de cortisol, nas citocinas e na produção de linfócitos, à semelhança de outros autores (Antoni et al., 2009; Phillips et al., 2008), bem como, avaliar o efeito no aumento da sobrevivência, são igualmente sugestões para estudos futuros. Por fim, o estudo deste tipo de intervenções com um acesso ainda mais abrangente, recorrendo ao uso de grupos *online*, por exemplo, são opções que deveriam ser mais estudadas. Esta sugestão vai de encontro ao que Nezu e Nezu (2007) e Findley (2007) também sugerem.

Referências bibliográficas

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., ... Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ – C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5): 365-376.
- Adewuya, O. A., Ola, B. A. & Afolabi, O. O. (2006). Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. *Journal of Affective Disorders*, 96(1): 89-93. doi:10.1016/j.jad.2006.05.021
- Administração Regional de Saúde do Norte (2009). *Documento-guia sobre consentimento informado. Documento não vinculativo resultante do Seminário sobre o consentimento informado e o papel das comissões de ética para o seu correto uso.* Comissão de Ética para a Saúde da Região Norte. Retirado de http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Consentimento_Informado_Doc_Guia.pdf
- Ahels, T., Saykin, A. & Furstenberg, C.(2005). Quality of life of long-term survivors of breast cancer and lymphoma treated with standard-dose chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 23: 4399-4405.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A Reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and social Psychology* 53(2), 337-348. doi: 10.1037/0022-3514.53.2.337
- Alferes, V. (1997). *Investigação Científica em Psicologia: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Al-Ghazal, S., Fallowfield, L., & Blamey, R. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36: 1938–1943. pii: S0959-8049(00)00197-0

- Ali, N. S., & Khalil, H. Z. (1989). Effect of psychoeducational intervention on anxiety among Egyptian bladder cancer patients. *Cancer nursing*, 12(4): 236-242.
- Alter, C.L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., ... Kaplan, S. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37: 137-143. Pii:10.1016/S0033-3182(96)71580-3
- Amaral, A. & Moreira, H. (2009). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial em mulheres com possibilidade de diagnóstico e recentemente diagnosticadas com cancro da mama. In. S. N. Jesus, I. Leal, & M. Resende (Coords.). *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos* (pp. 475-485). Faro: Universidade do Algarve.
- Ambler, N., Rumsey, N., Harcourt, D., Khan, F., Cawthorn, S., Barker, J. (1999). Specialist nurse counselor interventions at the time of diagnosis of breast cancer: Comparing ‘advocacy’ with a conventional approach. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2): 445–453.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: Texto revisto* (4Ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington (DC): American Psychological Association.
- Amir, M. & Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(2): 191-206. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00095-6.
- Amorim, C. (2007). *Doença oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas* (Dissertação de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biológicas Abel Salazar, Porto.
- Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Glaser, R., Emery, C. F., Crespin, T. R., ... Carson, W. E. (2004). Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(17): 3570-3580. doi: 10.1200/JCO.2004.06.030
- Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D., Emery, C. F., Glaser, R., Crespin, T., & Carson, W. E. (2007). Distress reduction from a psychological intervention

- contributes to improved health for cancer patients. *Brain, behavior, and immunity*, 21(7): 953-961. doi: 10.1016/j.bbi.2007.03.005
- Andreotti, C., Thigpen, J. E., Dunn, M. J., Watson, K., Potts, J., Reising, M. M., ... Compas, B. E. (2013). Cognitive reappraisal and secondary control coping: Associations with working memory, positive and negative affect, and symptoms of anxiety/depression. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 26(1): 20-35. doi:10.1080/10615806.2011.631526
- Andreu, Y., Galdón, M. J., Durá, E., Martínez, P., Pérez, S. & Murgui, S. (2011). A longitudinal study of psychosocial distress in breast cancer: Prevalence and risk factors. *Psychology and Health*: 1-16. doi: 10.1080/08870446.2010.542814
- Andrykowski, M. A., & Cordova, M. J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: test of the Andersen model. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2): 189-203. doi: 10.1023/A:1024490718043
- Angen, M. J., MacRae, J. H., Simpson, J. S. A., & Hundleby, M. (2002). Tapestry. *Cancer Practice*, 10(6): 297-304. doi: 10.1046/j.1523-5394.2002.106008.x
- Antoni, M. H. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior and Immunity*, 30: S88-S98. doi: 10.1016/j.bbi.2012.05.009
- Antoni, M. H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., ... & Blomberg, B. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior and Immunity*, 23(5): 580-591. doi: 10.1016/j.bbi.2008.09.005
- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., ... Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6): 1143-1152. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1152
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Klibourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., ... & Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1): 20. doi: 10.1037/0278-6133.20.1.20

- Aquino, V. V., & Zago, M. M. F. (2007). O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1): 42-47.
- Araújo, F. (2011). *Intervenção psico-educativa em sobreviventes de cancro da mama* (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro). Retirado de <http://hdl.handle.net/10773/6240>
- Armitage, D., Clifford, C., Shusterman, L., Steliqo, K., Auton, J. & Schockney, L. (2010). Anxiety when treatment stops. Retirado de www.thebreastcaresite.com/tbcs/InTreatment/Chemotherapy/AnxietyWhenTreatmentStops.htm
- Association for Specialists in Group Work (1991). *Ethical guidelines for group counselors*. Alexandria (VA): Author.
- Ashing-Giwa, K. T. & Lim, J. (2011). Examining emotional outcomes among a multiethnic cohort of breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38 (3): 279-288. doi: 10.1188/11.ONF.279-288
- Ashing-Giwa, K., Ganz, P. A., & Peterson, L. (1999). Quality of life in African-American and white long term breast cancer carcinoma survivors. *Cancer*, 85 (2): 418-426. doi: 10.1002/(SICI)1097-0142(19990115)85:2<418::AID-CNCR20>3.0.CO;2-9
- Auchincloss, S.S. (1995) After treatment. Psychosocial issues in gynecologic cancer survivorship. *Cancer Supplement*, 76(10): 2117–2124. doi: 10.1002/1097-0142(19951115)76:10+<2117::AID-CNCR2820761335>3.0.CO;2-7
- Aureliano, W.A. (2007). Corpo, saúde e trabalho: (Re)pensando os usos do corpo e os “papéis femininos” na experiência do câncer de mama. *Prática & Trabalho*, 26: 105-123.
- Avery, J., & Nyhof-Young, J. (2003). Like a cleansing fire: Exploring the impact of short-term support groups for women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(1): 27-51. doi: 10.1300/J077v21n01_02
- Avis, N. E., Crawford, S. & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15): 3322-3330. doi: 10.1200/JCO.2005.05.130
- Aziz, N. M. (2002). Cancer survivorship research: Challenge and opportunity. *The Journal of Nutrition*, 132(11): 3494S-3503S. doi: 0022-3166/02

- Aziz, N. & Rowland, J. (2003). Trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity. *Seminars in Radiation Oncology*, 13(3): 248-266. doi:10.1016/S1053-4296(03)00024-9
- Aziz, N. M. (2007a). Late effects of cancer treatments. In M. Feuerstein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 54-75). Bethesda (USA): Springer.
- Aziz, N. M. (2007b). Cancer survivorship research: State of knowledge, challenges and opportunities. *Acta Oncologica*, 46(4): 417-432. doi:10.1080/02841860701367878
- Badger, T. A., Braden, C. J. & Mishel, M. H. (2001). Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28 (3): 567-574.
- Badger, T. A., Braden, C. J., Mishel, M. H. & Longman, A. (2004). Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time. *Research in Nursing & Health*, 27(1): 19-28. doi: 10.1002/nur.20002
- Balboni, T.A., Vanderwerker, L.C., Block, S.D., Paulk, M.E., Lathan, C.S., Peteet, J.R., & Prigerson, H.G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5): 555-560.
- Baldwin, A. S., Kellerman, Q. D., & Christensen, A. J. (2010). Coping with chronic illness. In J. M. Suls., K. W. Davidson, & R. M. Kaplan (Ed.), *Handbook of Health Psychology and Behavioral Medicine* (pp. 494-507). New York: The Guilford Press.
- Baltar, M., Ribeiro, J.L.P., & Lopes, I.S. (2001). Resposta emocionais, qualidade de vida e estratégias de coping para lidar com a doença em mulheres com cancro da mama. *Psicologia: Terapia, investigação e pesquisa*, 2: 285-300.
- Bardwell, W.A., Natarajan, L., Dimsdale, J.E., Rock, C.L., Mortimer, J.E, Hollenbach, K., & Pierce, J.P. (2006). Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24: 2420–2427. doi:10.1200/JCO.2005.02.0081
- Basen-Engquist, K., Hughes, D., Perkins, H., Shinn, E., & Taylor, C.C. (2008). Dimensions of physical activity and their relationship to physical and emotional symptoms in breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 2, 253–261. doi: 10.1007/s11764-008-0067-9

- Bastos, J., Barros, H. & Lunet, N. (2007). Evolução da mortalidade por cancro da mama em Portugal (1955-2002). *Acta Medica Portuguesa*, 20: 139-144.
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M. & Keefe, F. J. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease*, 23:103-113.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Becker, S., Zaid, K. A. & Faris; E. A. F. (2002). Screening for somatization and depression in Saudi Arabia: A validation study of the PHQ in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(3): 271-283. doi:10.2190/XTDD-8L18-P9E0-JYRV
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1): 47. doi: 10.1037/0278-6133.25.1.47
- Bem, D. J. & Funder, D. C. (1978). Predicting more of the people more of the time: Assessing the personality of situations. *Psychological Review*, 85: 485-501.
- Beatty, L. & Koczwara, B. (2010). An effectiveness study of a CBT group program for women with breast cancer. *Clinical Psychologist*, 14(2): 45-53. doi: 10.1080/13284207.2010.500307
- Berglund, G., Bolund, C., Gustafsson, U. L., & Sjöden, P. O. (1994). One-year follow-up of the 'Starting Again' group rehabilitation programme for cancer patients. *European Journal of Cancer*, 30A(12), 1744-1751. doi:10.1016/0959-8049(94)00330-8
- Bezjak, A., Ng, P., Skeel, R., Depetrillo, A. D., Comis, R., & Taylor, K. M. (2001). Oncologists' use of quality of life information: results of a survey of Eastern Cooperative Oncology Group physicians. *Quality of Life Research*, 10(1): 1-14. doi: 10.1023/A:1016692804023
- Biegler, K. A., Chaoul, M. A., Cohen, L. (2009). Cancer, cognitive impairment, and meditation. *Acta Oncologica*, 48(1): 18-26. doi:10.1080/02841860802415535
- Bieling, P. J., McCabe, R. E. & Antony, M. M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. The Guilford Press: New York.

- Blackburn, I. M., Eunson, K. M., & Bishop, S. (1986). A two year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10: 67–75.
- Black-Mortimer, J., Gore-Felton, C., Kimerling, R., Turner-Cobb, J. M. & Spiegel, D. (1999). Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: A review of the effectiveness of group psychotherapy. *European Journal of Cancer*, 35: 1581-1586.
- Bleiker, E. M. A., Pouwer, F., Ploeg, H. M., Leer, J. & Adèr, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, 40(3): 209-217. doi:10.1016/S0738-3991(99)00085-3
- Bloom, J. R., Kang, S. H., Petersen, D. M. & Stewart, S. L. (2007). Quality of life in long-term cancer survivors. In M. Feuerstein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 43-65). Bethesda (USA): Springer.
- Bloom, J., Stewart, S., Chang, S. & Banks, P. (2004). Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 13(3): 147-160. doi: 10.1002/pon.794
- Boesen, E. H., Karlsen, R., Christensen, J., Paaschburg, B., Nielsen, D., Bloch, I. S., ... Johansen, C. (2011). Psychosocial group intervention for patients with primary breast cancer: a randomised trial. *European Journal of Cancer*, 47(9): 1363-1372. doi: 10.1016/j.ejca.2011.01.002
- Bottomley, A. (1997). Where are we now? Evaluating two decades of group interventions with cancer patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4: 251–265.
- Bottomley, A. (1998). Depression in cancer patients: A literature review. *European Journal of Cancer Care*, 7: 181–191.
- Bottomley, A., Hunton, S., Roberts, G., Jones, L. & Bradley, C. (1997). A Pilot Study of Cognitive-behavioural Therapy and Social Support Group Interventions with Newly Diagnosed Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14 (4): 65-83. doi:10.1300/J077v14n04_05
- Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A. Bernards, C. A., Rowland, J. H. & Ganz, P. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast

- cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(3): 236–245.
- Breaden, K. (1997) Cancer and beyond: the question of survivorship? *Journal of Advanced Nursing*, 26: 978–984.
- Breitbart, W. & Applebaum, A. (2011). Meaning-centered group psychotherapy. In M. Watson & D. W. Kissane (Eds). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care* (pp. 137-148). Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – coping or personal transition. *Psycho-oncology*, 10: 1-18. doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1::AID-PON484>3.0.CO;2-T
- Bright, J. I., Baker, K. D. & Neimeyer, R. A. (1999). Professional and paraprofessional group treatments for depression: A comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4): 491-501. doi: 10.1037/0022-006X.67.4.491
- Broeckel, J. A., Thors, C. L., Jacobsen, P. B., Small, M., & Cox, C. E. (2002). Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast cancer research and treatment*, 75(3), 241-248. doi: 10.1023/A:1019953027596
- Brothers, B. M., Yang, H. C., Strunk, D. R., & Andersen, B. L. (2011). Cancer patients with major depressive disorder: Testing a biobehavioral/cognitive behavior intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2): 253-260. doi: 10.1037/a0022566
- Brown, N. W. (2005). Psychoeducational groups. In S. A. Wheelan (Ed.). *The handbook of group research and practice* (pp. 511-529). Thousand Oaks (USA): Sage Publications.
- Brown, N. W. (2011). *Psychoeducational groups: Process and practice* (3rd Ed.). New York (USA): Routledge.
- Bui, Q.U., Ostir, G., Kuo, Y. F., Freeman, J. & Goodwin, J. (2005). Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 89(1): 23-28.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., Ramirez, A. (2005) Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational

- cohort study. *British Medical Journal*, 330:702–705. doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Burke, S. & Kissane, D. W. (1998). *Psychosocial Support for Breast Cancer Patients: a Review of Interventions by Specialist Providers: A Summary of the Literature 1976-1996*. Sydney (Australia): NHMRC National Breast Cancer Centre.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. & Strauss, B. (2004). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. J. Lambert (Ed.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 647-696). New York: John Wiley.
- Burlingame, G. M., Kapetanovic, S. & Ross, S. (2005). Group psychotherapy. In S. A. Wheelan (Ed.). *The handbook of group research and practice* (pp. 387-406). Thousand Oaks (USA): Sage Publications.
- Bussell, V. A. & Naus, M. J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1):61–78. doi:10.1080/07347330903438958
- Caetano, J. Á., & Soares, E. (2005). Mulheres Mastectomizadas Diante do Processo de Adaptação do Self-Físico e Self-Pessoal. *Revista Enfermagem UERJ*, 13: 210-216.
- Cain, E. N., Kohorn, E. I., Quinlan, D. M., Latimer, K. & Schwartz, P. E. (1986). Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, 57(1): 183-189. doi: 10.1002/1097-0142(19860101)57:1<183::AID-CNCR2820570135>3.0.CO;2-3
- Cameron, I. M., Crawford, J. R., Lawton, K., & Reid, I. C. (2008). Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *British Journal of General Practice*, 58(546), 32–36. doi:10.3399/bjgp08X263794
- Cameron, L. D., Booth, R. J., Schlatter, M., Ziginskas, D. & Harman, J. E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(3): 171-180. doi: 10.1002/pon.1050
- Cameron, L. D., Leventhal, H. & Love, R. R. (1998). Trait anxiety, symptom perceptions, and illness-related responses among women with breast cancer in remission during a tamoxifen clinical trial. *Health Psychology*, 17(5): 459-469.

- Carballeira, Y., Dumont, P., Borgacci, S., Rentsch, D., Tonnac, N., Archinard, M. & Andreoli, A. (2007). Criterion validity of the French version of Patient Health Questionnaire (PHQ) in a hospital department of internal medicine. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(1): 69-77. doi: 10.1348/147608306X103641
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., ... Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90: 2297–2304. doi:10.1038/sj.bjc.6601887
- Carlson, L. E., Specia, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 571-581. doi: 10.1097/01.PSY.0000074003.35911.41
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3): 863-882.
- Carter, B.J. (1993). Long-term survivors of breast cancer. *Cancer Nursing* 16(5): 354–361.
- Carter, R. E. & Carter, C. A. (1993). Individual and marital adjustment in spouse pairs subsequent to mastectomy. *American Journal of Family Therapy*, 21(4): 291-300.
- Carver, C. S. & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23(6): 595–598. doi: 10.1037/0278-6133.23.6.595.
- Carver, C. S. , Pozo, C. , Harris, S. D. , Noriega, V. , Scheier, M. F. , Robinson, D. S. ... Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65: 375-390.
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S. ... Clark, K. C. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73: 1213–20. doi: 10.1002/1097-0142
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1999). Optimism. In C. R. Snyder (Ed.) *Coping: The Psychology of What Works* (pp. 182–204). Oxford University Press: New York.

- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2002). Coping processes and adjustment to chronic illness. In Christensen & Antoni, M. H. (Eds.). *Chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective* (pp. 47-68). Oxford, UK: Blackwell.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically base approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2): 267-283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
- Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24(5): 508-516. doi:10.1037/0278-6133.24.5.508
- Carver, C. S., Smith, R. G., Petronis, V. M., & Antoni, M. H. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-Oncology*, 15(9), 749-758. doi: 10.1002/pon.1006
- Changsu, H., Jo, S. A., Kwak, J., Pae, C., Steffens, D., Jo, I., Park, M. H. (2008). Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan Geriatric study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2): 218-223. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.08.006
- Chiquelho, R., Neves, S., Mendes, A., Relvas, A. P. & Sousa, L.(2006). ProDoentes: Programa de apoio psico-educativo a doentes oncológicos. *Psychologica*, 41: 231-247.
- Chilvers, C. E. D., Bagenal, F. S., Easton, D. F., Harris, E., & McElwain, T. J. (1990). Survival of patients with breast cancer attending Bristol Cancer Help Centre. *The Lancet*, 336(8715): 606-610. doi: 10.1016/0140-6736(90)93402-B
- Chujo, M., Mikami, I., Takashima, S., Saeki, T., Ohsumi, S., Aogi, K. & Okamura, H. (2005). A feasibility study of psychosocial group intervention for breast cancer patients with first recurrence. *Support Care Cancer*, 13(3): 503-514. doi: 10.1007/s00520-004-0733-z
- Clark, M . M., Bostwick, J. M. & Rummans, T. A. (2003). Group and individual treatment strategies for distress in cancer patients. *Mayo Clin Proceedings.*, 78(12): 1538-1543. doi:10.1016/S0025-6196(11)62750-X

- Clarke, S., Booth, L., & Velikova, G. (2006). Social Support: gender differences in cancer patients in the United Kingdom. *Cancer Nursing*, 29(1): 66-72.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K. & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15(6): 434-437. doi: 10.1037/0278-6133.15.6.434
- Climent, M. (2009). *Estúdio del gânglio centinela en el câncer de mama* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade de Valência, Espanha.
- Coates, A., Gebiski, V., Signorini, D. Murray, P., McNeil, D., Byrne, M., & Forbes, J. F. (1992). Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer: Australian New Zealand Breast Cancer Trials Group. *Journal of Clinical Oncology*, 10(12): 1833-1838.
- Cocker, K. I., Bell, D. R., & Kidman, A. D. (1994). Cognitive behaviour therapy with advanced breast cancer patients: a brief report of a pilot study. *Psycho-Oncology*, 3(3): 233-237. doi: 10.1002/pon.2960030310
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- Cohen, M. (2013). The association of cancer patients' emotional suppression and their self-rating of psychological distress on short screening tools. *Behavioral Medicine*, 39(2): 29-35. doi:10.1080/08964289.2012.731440
- Cohen, M., & Fried, G. (2007). Comparing relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for women with breast cancer. *Research on Social Work Practice*, 17(3), 313-323. doi: 10.1177/1049731506293741
- Compas, B. E., Stoll, M. F., Thomsen, A. H., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J. E. & Krag, D. N. (1999). Adjustment to breast cancer: Age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Therapy*, 54 (3): 195-203.
- Compas, B.C. & Luecken, L. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 11: 111-114.
- Compas, B.E. (2009). Coping, regulation, and development during childhood and adolescence. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 124: 87-99. doi: 10.1002/cd.245
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress,

- and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1): 87-127. doi: 10.1037/0033-2909.127.1.87
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176. doi: 10.1037/0278-6133.20.3.176
- Cordova, M., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronnenwetter, C., Chang, V., McFarlin, S., & Spiegel, D. (2003). Mood disturbance in community cancer support groups: The role of emotional suppression and fighting spirit. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(5): 461–467. 10.1016/S0022-3999(03)00510-5
- Corey, G. (2001). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (5th ed.). Pacific Grove (CA): Brooks-Cole.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55: 299-316.
- Costa, S. (2010). *Implicaciones del apoyo social en el estrés y el afrontamiento en la enfermedad de cáncer de mama* (Trabajo de Grado en Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud). Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca, Espanha.
- Costa, S., Jiménez, F., & Pais-Ribeiro, J.L. (2010). Sexuality while dimension of a quality of live in illness breast cancer [abstract]. *European Journal of Sexology and Sexual Health*, 19 (S1): 130.
- Costa, S., Jimenéz, F. & Pais-Ribeiro, J. (2012). Depois do cancro da mama: Acontecimentos significativos no ciclo de vida. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13(2): 238-251.
- Coyne, J. C. & Kagee, A. (2001). More may not be better in psychosocial interventions for cancer patients. Letter to the Editor. *Health Psychology*, 20(6): 458-459.
- Coyne, J. C., Stefanek, M., & Palmer, S. C. (2007). Psychotherapy and survival in cancer: the conflict between hope and evidence. *Psychological bulletin*, 133(3): 367-394. doi: 10.1037/0033-2909.133.3.367
- Crooks, D. L. (2001). Older women with breast cancer: New understandings through grounded theory research. *Health Care for Women International*, 22(1-2): 99–114. doi:10.1080/073993301300003108

- Cruess, D. G., Antoni, M. H., McGregor, B. A., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Alferi, S., ... Kumar, M. (2000). Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62(3):304-308. doi: 0033-3174/00/6203-0304
- Cruz, J.F., Gomes, A.R., Roriz, F., Parente, F., Amorim, P., Dias, B., & Paiva, P. (2008). Avaliação das dimensões psicológicas nos comportamentos de exercício, desporto e actividade física em estudantes universitários: Características psicométricas de medidas das atitudes face ao exercício físico e dos estados de humor e afectivos associados à sua prática. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XIII conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Cunningham, A. J., & Tocco, E. K. (1989). A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Education Counselling*, (14): 101-114.
- Cunningham, A. J., Edmonds, C. V. I., Jenkins, G. P., Pollac, H., Lockwood, G. A., Warr, D. (1998). A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7: 508–517.
- Curbow, B., Somerfield, M., Legro, M., Sonnega, J. (1990). Self-concept and cancer in adults: Theoretical and methodological issues. *Social Science and Medicine*, 31(2): 115–128.
- Dance, K. A. & Neufeld, R. W. (1988). Aptitude-treatment interaction research in the clinical setting: A review of attempts to dispel the “patient uniformity myth”. *Psychological Bulletin*, 104: 192-213.
- Danhauer, S.C., Crawford, S.L., Farmer, D.F., & Avis, N.E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(4): 371–379. doi: 10.1007/s10865-009-9211-x
- Dastan, N. B., & Buzlu, S. (2012). Psychoeducation intervention to improve adjustment to cancer among Turkish stage I-II breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(10): 5313-5318. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.10.5313

- Davidson, R. J., Putnam, K. M., & Larson, C. L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation. A possible prelude to violence. *Science*, 289(5479): 591-594. doi: 10.1126/science.289.5479.591
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R. & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634): 246-255. doi:10.1016/S0140-6736(08)61078-8
- De Ridder D. & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, (1):71–82. doi:10.1080/13548509608400007
- Deimling, G. T., Kahana, B., Bowman, K. F. & Shaefer, M. L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-oncology*, 11(6): 479-494. doi: 10.1002/pon.614
- Demark-Wahnefried, W. (2010). Changing health behaviors after treatment. In Holland, C., Breitbart, W., Jacobsen, P., Lederberg, M., Loscalzo, M. & McCorkle, R. (Eds) *Psycho-oncology* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Dempster, M., Noleen, K. M., Brennan, E., Donnelly, M., Murray, L. J., & Johnston, B. T. (2011). Psychological distress among family carers of eosophageal cancer survivors: the role of illness cognitions and coping. *Psycho-oncology*, 20(7): 698-705. doi: 10.1002/pon.1760
- DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124: 197-229.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., ... Carnicke, C. L. M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249(6): 751-757.
- Devine, E. C., Westlake, S. K. (1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: Meta-analysis of 116 studies. *Oncology Nursing Forum*, 22: 1369-1381.
- Diefenbach, M. A., Mohamed, N. E., Turner, G. & Diefenbach, C. S. (2010). Psychosocial interventions for patients with cancer. In J. M. Suls., K. W. Davidson, & R. M. Kaplan (Ed.), *Handbook of Health Psychology and Behavioral Medicine* (pp. 462-475). New York: The Guilford Press.

- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K. & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63: 679-686. doi: 0033-3174/01/6304-0679
- Direcção Geral da Saúde (2002). *Rede de referência hospitalar de oncologia*. Lisboa: DGS.
- Dirksen, S.R. & Epstein, D.R. (2008). Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6): 664–675. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04560
- Dirkson, S. R. (2000). Predicting well-being among breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4): 937–943. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01559.x
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, P., ... Dickes, P. (2008, 2009). The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-oncology*. doi: 10.1002/pon.1440
- Dolbeault, S., Mignot, V., Gauvin-Piquard, A., Mandereau, L., Asselain, B. & Medioni, J.(2003). Evaluation of psychological distress and quality of life in French cancer patients: Validation of the French version of the memorial distress thermometer. *Psycho-oncology*, 12 (Suppl.4): S225.
- Donlan, W. & Lee, J. (2010). Screening for depression among indigenous Mexican migrant farmworkers using the Patient Health Questionnaire-9. *Psychological Reports*, 106(2): 419-432. doi: 10.2466/pr0.106.2.419-432
- Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Masse, B., Falardeau, M., Robidoux, A., ... Maunsell, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer: Frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15): 3588-3596. doi: 10.1200/JCO.2005.01.628
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., Brisson, J., & Masse, B. (1998). Longterm quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2): 487-494.
- Dow, K.H., Ferrell, B.R., Haberman, M.R. & Eaton, L. (1999). The meaning of quality of life in cancer survivorship. *Oncology Nursing Forum*, 26(3): 519–528.

- Doyle, N. (2008). Cancer survivorship: Evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4): 499-509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04617.x
- Drossel, C. (2008). Group Interventions. In W. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.). *Cognitive Behavior Therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E. & Falke, R. L.(1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11: 79-87.
- Dunn, J., Steginga, S. K., Rosoman, N. & Millichap, D. (2003). A review of peer support in the context of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(2): 55-67. doi:10.1300/J077v21n02_04
- Durá, E. & Hernandez, S. (2001). Programas de apoyo social para enfermos oncológicos. In M. R. Dias & E. Durá (Coord.) *Territórios da psicologia oncológica*. (pp. 453-479). Lisboa: Climepsi.
- Earle, C. C. (2006). Failing to plan is planning to fail: improving the quality of care with survivorship care plans. *Journal of Clinical Oncology*, 24(32), 5112-5116. doi: 10.1200/JCO.2006.06.5284
- Edelman, S., Bell, D. R. & Kidman, A. D. (1999a). A group cognitive behavior therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 8: 295-305. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199907/08)8:4<295::AID-PON386>3.0.CO;2-Y
- Edelman, S., Bell, D. R.& Kidman, A. D. (1999b). Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients. *Psycho-oncology*, 8(4): 306-314. ccc:1057-9249:99:040306
- Edmonds, C. V. I., Lockwood, G. A., Cunningham, A.J. (1999). Psychological response to long term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8(1): 74-91. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199901/02)8:1<74::AID-PON339>3.0.CO;2-K
- Edwards, A. G., Hailey, S. & Maxwell, M. (2004). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 2: CD004253. doi: 10.1002/14651858.CD004253.pub3
- Efficace, F., Therasse, P., Piccart, M. J. et al. (2004). Health-related quality of life parameters as prognostic factors in a nonmetastatic breast cancer population: An

- international multicenter study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(16): 3381-3388.
doi: 10.1200/JCO.2004.02.060
- Ell, K., Quon, B., Quinn, D. I., Dwight-Johnson, M., Wells, A., Lee, J., Xie, B. (2007).
Improving treatment for depression among low-income patients with cancer: the design
of the ADAPt-C study. *General Hospital Psychiatry*, 29: 223-231.
doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.01.005
- Ellis, A. (Ed.). (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Secaucus (NJ): Citadel.
- Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. &
Krag, D. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional
distress. *Health Psychology*, 18(4): 315–326. doi: 10.1037/0278-6133.18.4.315
- Espie, C. A., Fleming, L., Cassidy, J., Samuel, L., Taylor, L. M., White, C. A., ... Paul, J.
(2008). Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior
therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with
cancer. *Journal of clinical oncology*, 26(28): 4651-4658.
doi:10.1200/JCO.2007.13.9006
- Evans, R. L. & Connis, R. T. (1995). Comparison of brief group therapies for depressed
cancer patients receiving radiation treatment. *Public Health Reports*, 110 (3): 306-
311.
- Eversley, R., Estrin, D., Dibble, S., Wardlaw, L., Pedrosa, M., & Favila-Penney, W.
(2005). Post-treatment symptoms among ethnic minority breast cancer survivors.
Oncology Nursing Forum, 32, 250–256. doi:10.1188/05.ONF.250-256
- Eysenck, H. J. (1994). Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. *Advances
in Behaviour Research and Therapy*, 16: 167–215.
- Fadaei, S., Janighorban, M., Mehrabi, T., Ahmadi, S. A., Mokaryan, F., & Gukizade, A.
(2011). Effects of cognitive behavioral counseling on body Image following
mastectomy. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan
University of Medical Sciences*, 16(8): 1047. pmcid: PMC3263082
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of
psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult
patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical
Oncology*, 31(6), 782-793. doi:10.1200/JCO.2011.40.8922

- Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, G.P. & Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, 301(6752): 575–580.
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V. & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 84(8): 1011-1015. doi: 10.1054/bjoc.2001.1724
- Fann, J. R., Berry, D. L., Wolpin, S., Austin-Seymour, M., Bush, N., Halpenny, B., ... McCorkle, R. (2009). Depression screening using the Patient Health Questionnaire-9 administered on a touch screen computer. *Psycho-oncology*, 18 (1): 14 –22. doi:10.1002/pon.1368
- Fawzy, F.I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35(11): 1559–1564. doi:10.1016/S0959-8049(99)00191-4
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R. & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over times in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47: 720-725. doi:10.1001/archpsyc.1990.01810200028004
- Fawzy, F. I. & Fawzy, N. W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16(3): 149-192. doi: 10.1016/0163-8343(94)90098-1
- Fawzy, F. & Fawzy, N. (1998). Group therapy in the cancer setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(3): 191-200.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Arndt, L.A., & Pasnau, R.O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52(2): 100–113. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950140018003
- Fawzy, F., Fawzy, N., & Canada, A. (2001). Psychoeducational intervention programs for patients with cancer. In A. Baum & B. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer*. (pp. 235-267). Washington: American Psychological Association.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. & Morton, D. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival six years later. *Archives of Psychiatry*, 50: 681-689. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820210015002

- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W. & Wheeler, J. G. (1996). A post-hoc comparison of the efficiency of a psychoeducational intervention for melanoma patients delivered in group versus individual formats: An analysis of data from two studies. *Psycho-Oncology*, 5(2), 81-89. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199606)5:2<81::AID-PON215>3.0.CO;2-F
- Fawzy, F. I., Kemeny, M. E., Fawzy, N. W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N., & Fahey, J. L. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: II. Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, 47(8): 729-735. doi:10.1001/archpsyc.1990.01810200037005
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K. & Sullivan, M. (1997). *EORTC QLQ C-30: Scoring manual*. Brussels: EORTC Study Group on Quality of Life.
- Fehlauer, F., Tribius, S., Mehnert, A. & Rades, D. (2005). Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: Impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 92(3): 217-222. doi:10.1007/s10549-005-2420-2
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., & Parkin, D.M. (2004). *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. Lyon: IARC Cancer Base N° 5, version 2.0, IARC Press.
- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer*, 127(12): 2893-2917. doi:10.1002/ijc.25516
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H., ... Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*, 49(6): 1374-1403. doi:10.1016/j.ejca.2012.12.027
- Fernandes, S. M. R. (2009). *Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro da mama: o pape do estado emocional, das representações de doença, do otimismo e dos benefícios percebidos* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Ferrandis, E. D., Vaillo, Y. A., Garrido, M. J. G., Guerra, E. I., Rodríguez, S. P., García, M. F., ... López, P. M. (2010). Emotional suppression and breast cancer: Validation

- research on the Spanish adaptation of the Courtauld Emotional Control Scale (CECS). *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1): 406–417.
- Ferrell, B. & Dow, K.H. (1996) Portraits of cancer survivorship. A glimpse through the lens of survivors' eyes. *Cancer Practice*, 4(2): 76–80. pmid:8715444
- Feuerstein, M. (2007a). Cancer survivorship: A bird's eye view from an insider. In Feuerstein, M. (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 3-6). Bethesda (USA): Springer.
- Feuerstein, M. (2007b). Defining cancer survivorship. *Journal Cancer Survivorship*, 1: 5-7. doi:10.1007/s11764-006-0002-x
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Figueiredo, A. P., Araújo, P. M. & Figueiredo, P. E. (2006). Qualidade de vida do doente oncológico. *Revista de Enfermagem Oncológica*: 36.
- Fillion, L., Gagnon, P., Leblond, F., Gélinas, C., Savard, J., Dupuis, R., Duval, K. & Larochelle, M. (2008). A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 31(2): 145-159. doi:10.1097/01.NCC.0000305698.97625.95
- Findley, P. A. (2007). Global considerations. In M. Feuerstein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 449-479). Bethesda (USA): Springer.
- Fischer, M. J., Wiesenhaan, M. E., Heijer, A. D. D., Kleijn, W. C., Nortier, J. W., & Kaptein, A. A. (2013). From despair to hope: A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 18: 526-545. doi:10.1111/j.2044-8287.2012.02100.x
- Foley, K.L., Farmer, D.F., Petronis, V.M., Smith, R.G., McGraw, S., Smith, K., Avis, N. (2006). A qualitative exploration of the cancer experience among long-term survivors: Comparisons by cancer type, ethnicity, gender, and age. *Psycho-Oncology*, 15: 248–258. doi:10.1002/pon.942
- Ford, M. F., Jones, M., Scannell, T., Powell, A., Coombes, R. C. & Evans, C. (1990). Is group psychotherapy feasible for oncology outpatient attenders on the basis of psychological morbidity? *British Journal of Cancer*, 62: 624-626.
- Fors, E. A., Bertheussen, G. F., Thune, I., Juvet, L. K., Elvsaas, I., Oldervoll, L., ... Leivseth, G. (2011). Psychosocial interventions as part of breast cancer

- rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psycho-oncology*, 20: 909-918. doi:10.1002/pon.1844
- Fossa, S., Aass, N. & Opjordsmoen, S. (1994). Assessment of quality of life in patients with prostate cancer. *Seminars in Oncology*, 21(5): 657-661.
- Fredette, S. L. (1995). Breast cancer survivors: concerns and coping. *Cancer Nursing*, 18(1): 35-46.
- Free, M. L. (1999). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. Chichester (UK): Wiley.
- Friedman, H. S. & Kern, M. L. (2010). Contributions of personality to health psychology. In J. M. Suls, K. W. Davidson & R. M. Kaplan (Eds). *Handbook of health psychology and behavioral medicine* (pp. 102-119). New York: The Guilford Press.
- Friedman, L., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Liscum, K. (2006). Optimism, social support, and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15: 595–603. doi:10.1002/pon.992
- Fritz D.J. (2001) Life experiences of head and neck cancer survivors: a pilot study. *Head and Neck Nursing*, 19(4): 9–13.
- Frost, M., Suman, V., Rummans, T., Dose, A., Taylor, M., Novotny, P., ... Evans, R. E. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: The influence of disease phase. *Psycho-Oncology*, 9(3): 221–231. doi: 10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<221::AID-PON456>3.0.CO;2-T
- Fuhriman, A. & Burlingame, G. M. (1994). Group psychotherapy: Research and practice. In A. Fuhriman & G. M. Burlingame (Eds.). *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis* (pp. 3-40). New York: John Wiley.
- Fukui, S., Koike, M., Ooba, A., & Uchitomi, Y. (2003). The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30(5): 823-830. doi:10.1188/03.ONF.823-830
- Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., Kamiya, M., Koike, M., Nakanishi, T., ... Uchitomi, Y. (2000). A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 89(5): 1026-1036. doi:10.1002/1097-0142(20000901)

- Gall, T. L. & Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-oncology*, 11(6): 524-535. doi: 10.1002/pon.613
- Gall, T. L., Renart, R. M. M. & Boonstra, B. (2000). Religious Resources in Long-Term Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(2): 21-37. doi:10.1300/J077v18n02_02
- Ganz, P.A. (2005) A teachable moment for oncologists: cancer survivors, 10 million strong and growing! *Journal of Clinical Oncology*, 23(24): 5458–5460. doi: 10.1200/JCO.2005.04.916
- Ganz, P. A. & Hahn, E. E. (2008). Implementing a survivorship care plan for patients with breast cancer. *Journal Clinical Oncology*, 26: 759-767. doi: 10.1200/JCO.2007.14.2851
- Ganz, P. A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. L. & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38(2): 183-199. doi:10.1007/BF01806673
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E. & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94 (1):39–49. doi: 10.1093/jnci/94.1.39
- Ganz, P. A., Greendale, G. A., Petersen, L., Zibecchi, L., Kahn, B. & Belin, T.R. (2000). Managing menopausal symptoms in breast cancer survivors: Results of a randomized controlled trial. *Journal of National Cancer Institute*, 92(13): 1054–1064. doi: 10.1093/jnci/92.13.1054
- Ganz, P. A., Greendale, G., Petersen, L., Kahn, B. & Bower, J. E. (2003). Breast cancer in younger women: Reproductive and late health effects of treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (22): 4184-4193. doi: 10.1200/JCO.2003.04.196
- Ganz, P. A., Guadagnoli, E., Landrum, M. B., Lash, T. L., Rakowski, W. & Silliman, R. A. (2003). Breast cancer in older women: Quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 21: 4027–4033. doi: 10.1200/JCO.2003.08.097
- Gastelum, E., Muskin, P. R., & Shapiro, P. A. (2013). Depression in the context of physical illness. In J. J. Mann, P. J. McGrath & S. P. Roose (Eds). *Clinical*

- handbook for the management of mood disorders* (pp. 181-194). Cambridge Books Online: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781139175869.013
- Gellert, G. A., Maxwell, R. M. & Siegel, B. S. (1993). Survival of breast cancer patients receiving adjunctive psychosocial support therapy: A 10-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 11: 66-69.
- Giese-Davis, J., & Spiegel, D. (2003). Emotional expression and cancer progression. In R. J. Davidson, K. R., Scherer & H. H. Goldsmith (Eds.). *Handbook of affective disorders* (pp. 1053–1082). New York: Oxford University Press.
- Gil, F., Sirgo, A., Lluch, P., Maté, J. & Estradé, E. (2001). Intervención psicológica en pacientes de cáncer. In M. R. Dias & E. Durá (Coord.) *Territórios da psicologia oncológica*. (pp. 427-452). Lisboa: Climepsi.
- Gil, F., Travado, L., Tomamichel, M. & Grassi, L. (2003). Visual analogue scales (VAS) and hospital anxiety depression (HAD) scale as tools for evaluating distress in cancer patients: A multi-centre Southern European study. *Psycho-Oncology*, 12 (Suppl. 4): S257.
- Gil, K. M., Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B., Porter, L. S., Carlton LaNey, I., & Stewart, J.(2004). Triggers of uncertainty about recurrence and long-term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 31(3): 633-639. doi: 10.1188/04.ONF.633-639
- Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S. & Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the patient health questionnaire (PHQ): A diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med*, 22(11): 1596-1602.
- Gladding, S. (1995). *Group work: A counseling specialty* (2nd ed.). Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall.
- Goedendorp, M. M., Peters, M. E. W. J., Gielissen, M. F., Witjes, J. A., Leer, J. W., Verhagen, C. A. & Bleijenberg, G. (2010). Is increasing physical activity necessary to diminish fatigue during cancer treatment? Comparing cognitive behavior therapy and a brief nursing intervention with usual care in a multicenter randomized controlled trial. *The Oncologist*, 15: 1122-1132. doi:10.1634/theoncologist.2010-0092.

- Golden-Kreutz, D. M. & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-oncology*, 13: 211-220. doi:10.1002/pon.736
- Gonçalves, D. (2012). *Terapia psico-educativa em mulheres sobreviventes de cancro da mama* (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro). Retirado de <http://hdl.handle.net/10773/9850>
- Góngora, J. (1996). *Familias com personas discapacitadas: características y fórmulas de intervención*. Castilla e león: Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Gonzalez, S., Steinglass, P. & Reiss (1989). Application of multifamily groups in chronic medical disorders. In W. McFarlane (Ed.). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders* (pp. 315- 394). Nova York: The Guilford Press.
- Goodwin, P., Ennis, M., Bordeleau, L., Pritchard, K. I., Trudeau, M. E., Koo, J. & Hood, N. (2004). Health-related quality of life and psychosocial status in breast cancer prognosis: Analysis of multiple variables. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (20): 4184-4192. doi: 10.1200/JCO.2004.12.091
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guthrie, H., ... Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345(24), 1719-1726. doi: 10.1056/NEJMoa011871
- Gordon, W. A., Freidenbergs, I., Diller, L., Hibbard, M., Wolf, C., Levine, L., ... Lucido, D. (1980). Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48: 743-759.
- Gotay, C. C. & Muraoka, M. (1998). Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, 90(9): 656-667.
- Granillo, M. T. (2012). Structure and function of the patient health questionnaire-9 among latina and non-latina white female college students. *Journal of the society for social work and Research*, 3(2): 80-93.
- Gray, R., Fitch, M., Davis, C. & Phillips, C. (1997). A qualitative study of breast cancer self-help groups. *Psycho-oncology*, 6: 279-289.
- Gray, R., Fitch, M., Greenberg, M., Hampson, A., Doherty, M. & Labrecque, M. (1998). The information needs of well long-term survivors of breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 33(3): 245-255.

- Greer S & Moorey S. (1997). Adjuvant psychological therapy for cancer patients. *Palliative Medicine*, 11(3): 240–244. doi: 10.1177/026921639701100309
- Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*, 2(8146): 785-787.
- Groarke, A., Curtis, R., & Kerin, M. (2012). Cognitive-behavioural stress management enhances adjustment in women with breast cancer. *British journal of health psychology*. doi:10.1111/bjhp.12009
- Gross, J. (1989). Emotional suppression in cancer onset and progression. *Social Science and Medicine*, 12: 1239–1248.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66: 355–373.
- Güleç, M. Y., Güleç, H., Şimşek, G., Turhan, M., & Sünbül, E. A. (2012). Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire–Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. *Comprehensive psychiatry*, 53(5), 623-629. doi:10.1016/j.comppsy.2011.08.002
- Guimarães, A. et al. (2003). *Guia de Apoio à Mulher com Cancro da Mama*. Lisboa: Direcção- Geral da Saúde.
- Guner-Kucukkaya, P. (2009). An exploratory study of positive life changes in Turkish women diagnosed with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2): 166–173. doi:10.1016/j.ejon.2009.10.002.
- Hack, T. F. & Degner, L. F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13(4): 235-247. doi: 10.1002/pon.739
- Halstead, M. T., & Fernsler, J. I. (1994). Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 17(2): 94-100.
- Hassanzade, R., Janbabaei, G., Salavati, M., Moonesi, F. S., Khaleghi, S., & Siamian, H. (2012). Evaluation of group-therapy efficacy by cognitive-behavioral therapy method for promoting general health among breast cancer patients. *HealthMED*, 6(5): 1541-1546.

- Heim, E., Valach, L. & Schaffner, L. (1997). Coping and psychological adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59: 408-418.
- Helgeson, V. S. & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational and intervention research. *Health Psychology*, 15(2): 135-148.
- Helgeson, V. S., Cohen, S., & Schultz, R. (2001). Group support interventions for people with cancer: benefits and hazards. In J. Yasko, A. Baum & B. Andersen (Eds.), *Psychosocial Interventions for cancer* (pp. 269-286). Washington: American Psychological Association.
- Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R. & Yasko, J. (2001). Long-term effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 20: 387-92. doi:10.1037/0278-6133.20.5.387
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., Tomich, P. L. (2006). A metaanalytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5): 797-816. doi:10.1037/0022-006X.74.5.797.
- Helgeson, V. S., Snyder, P. & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23(1): 3-15. doi: 10.1037/0278-6133.23.1.3
- Helgeson, V. S. & Tomich, P. L. (2005). Surviving cancer: a comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 14(4): 307-317. doi: 10.1002/pon.848
- Herold, A. H. & Roetzheim, R. G. (1992). Cancer survivors. *Primary care*, 19 (4): 779.
- Hewitt, M., Greenfield, S., & Stovall, E. (Eds.). (2005). *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition*. Washington (DC): National Academies Press.
- Hinz, A., Krauss, O., Hauss, J., Höckel, M., Kortmann, R., Stolzenburg, J., & Schwarz, R. (2010). Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *European Journal of Cancer Care*, 19(4), 522-529. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01088.x
- Hodkinson, K., Butow, P., Hunt, G. E., Pendlebury, S., Hobbs, K. M. & Wain, G. (2007). Breast cancer survivors' supportive care needs 2-10 years after diagnosis. *Support Care Cancer*, 15: 515-523. doi:10.1007/s00520-006-0170-2

- Hoffmann, F. S., Müller, M. C., & Rubin, R. (2006). A mulher com câncer de mama: Apoio social e espiritualidade. *Mudanças: Psicologia da Saúde*: 14(2): 143-150.
- Hoffmann, F. S., Muller, M. C., & Frasson, A. L. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7: 239-254.
- Holland, J. (1989). Behavioral and psychological risk factors in cancer: human studies. In Holland, J. C. & Holland, J. W. (Eds.). *Handbook of psycho-oncology* (pp.135-154). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Holland, J. (1992). Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, (1): 1-13.
- Holland, J. F. (1998a). Biology of cancer for the psycho-oncologist. In Hooland, J. F. (Ed.) *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Holland, J. C. (1998b). Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. In Holland, J. C. (Ed.). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Hollon, S. D., & Shaw, B. F. (1979). Group cognitive therapy for depressed patients. . In A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw & G. Emery (Eds.). *Cognitive therapy of depression* (pp. 328-353). New York Guilford Press.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Rd Schweigkofler, H., Dünser, M., ... Sperner-Unterweger, B. (2001). Quality of life in breast cancer patients—not enough attention for long-term survivors? *Psychosomatics*, 42(2): 117-123. doi:10.1176/appi.psy.42.2.117
- Hong, J., Holcomb, V., Dang, F., Porampornpilas, K. & Nunez, N. (2010). Alcohol consumption, obesity, estrogen treatment and breast cancer. *Anticancer Research*, 30(1): 1-8.
- Horne, D. & Watson, M. (2011). Cognitive-behavioural therapies in cancer care. In M. Watson & D. Kissane (Ed.). *Handbook of psychotherapy in cancer care* (pp. 15-26). Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Hunter, M. S., Coventry, S., Hamed, H., Fentiman, I., & Grunfeld, E. A. (2009). Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 18(5): 560-563. doi:10.1002/pon.1414

- Ibipino, G., Yamaguchi, N., Silva, L., Laganá, M., Monteiro, A., Valentim, P., ... Froes, N. (2005). *Manual do paciente com câncer: Educando para ter saúde*. Napacan.
- IBM SPSS Statistics for Windows (Version 19.0) [Computer Software]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ilnyckj, A., Farber, J., Cheang, M. C. & Weinerman, B. H. (1994). A randomized controlled trial of psychotherapeutic intervention in cancer patients. *Annals of Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 27: 93-96.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas no feminino: Ser mulher em Portugal, 2001-2011*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa: INE.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tanie, T., Kodama, M. & Okawa, M. (2003). Differences in emotional distress between breast cancer tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 57(3): 289-294. doi: 10.1046/j.1440-1819.2003.01119.x
- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Swaine, Z. N. & Watson, I. S. (2006). Management of anxiety and depression in adult cancer patients: Toward an evidence-based approach. In Chang, A. E., Ganz, P. A., Hayes, D. F., Kinsella, T., Pass, I., Sciller, J. H., ... Strecher, V. (Eds). *Oncology: An evidence-based approach* (pp 1552-1579). New York: Springer-Verlag.
- Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58(4): 214-230. doi:10.3322/CA.2008.0003
- Jemal, A., Clegg, L. X., Ward, E., Ries, L. A. G., Wu, X., Jamison, P. M., ... Edwards, B. K. (2004). Annual report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2001, with a special feature regarding survival. *Cancer*, 101(1): 3-27.
- Jenkins, P. L., May, V. E. & Hughes, L. E. (1991). Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 21: 149-155.
- Johns, S. A., Kroenke, K., Krebs, E. E., Theobald, D. E., Wu, J. & Tu, W. (2013). Longitudinal comparison of three depression measures in adult cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(1): 71-82.

- Johnson, J. (1982). The effects of a patient education course on patients with a chronic illness. *Cancer nurse*, April issue: 117-123.
- Johnson, P. (2002). The use of humor and its influences on spirituality and coping in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 29(4): 691-695. doi:10.1188/02.ONF.691-695
- Joly, F., Espie, M., Marty, M., Heron, J. F., & Henry-Amar, M. (2000). Longterm quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without adjuvant chemotherapy. *British Journal of Cancer*, 83(5), 577-582. doi: 10.1054/bjoc.2000.1337
- Jones, S. A., Kroenke, K., Krebs, E. E., Theobald, D. E., Wu, J. & Tu, W. (2013). Longitudinal comparison of three depression measures in adult cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(1): 71-82. doi: 10.1002/pon.2060
- Joormann, J. & Gotlib, I. H. (2010). Emotion-regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24: 281-298. doi:10.1080/02699930903407948
- Justo, J. M. (2001). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações. In M. R. Dias & E. Durá (Coord). *Territórios da doença oncológica* (pp. 51-73). Lisboa: Climepsi Editores.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39: 31-36.
- Kantor, D. E. & Houldin, A. (1999). Breast cancer in older women: Treatment, psychosocial effects, interventions, and outcomes. *Journal of Gerontological Nursing*, 25: 19-25.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997) (D. Batista, Trans.). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Karekla, M., Pilipenko, N. & Feldman, J. (2012). Patient Health Questionnaire: Greek language validation and subscale factor structure. *Comprehensive Psychiatry*, 53: 1217-1226.
- Kash, K. M., Mago, R., & Kunkel, E. J. (2005). Psychosocial oncology: Supportive care for the cancer patient. *Seminars in Oncology Nursing*, 32(2): 211-218. 10.1053/j.seminoncol.2004.11.011

- Kattlove, H. & Winn, R. J. (2003). Ongoing care of patients after primary treatment for their cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 53(3): 172-196. doi:10.3322/canjclin.53.3.172
- Kendall, A. R., Mahue-Giangreco, M., Carpenter, C. L., Ganz, P. A. & Bernstein, L. (2005). Influence of exercise activity on quality of life in long-term breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 14(2): 361-371. doi:10.1007/s11136-004-1468-5
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM_IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives General Psychiatry*, 62(6): 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Khan, F., Amatya, B., Ng, L., Demetrios, M., Zhang, N. Y., & Turner-Stokes, L. (2012). Multidisciplinary rehabilitation for follow-up of women treated for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 12. doi:10.1002/14651858.CD009553.pub2
- Kissane, D. W., Bloch, S., Maich, P., Smith, G. C., Seddon, A. & Keks, N. (1997). Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer: Techniques and themes. *Psycho-Oncology*, 6 : 25 – 33 . doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199703)6:1<25::AID-PON240>3.0.CO;2-N
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Maich, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., ... Mckenzie, D. (2003). Cognitive-existential Group Psychotherapy for Women with Primary Breast Cancer: a Randomised Controlled Trial. *Psycho-Oncology*, 12(6): 532-546. doi: 10.1002/pon.683
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S., ... Li, Y. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 16(4), 277-286. doi:10.1002/pon.1185
- Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97(12): 1194-1200.
- Koocher, G.P. & O'Malley, J.E. (1981). *The Damocles Syndrome: Psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. McGraw-Hill: New York.

- Kornblith, A. B. & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars Oncology*, 30(6): 799-813. doi:10.1053/j.seminoncol.2003.08.025
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Weiss, R. B., Zhang, C., Zuckerman, E. L., Rosenberg, S., ... Holland, J. C. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98(4): 679-689. doi:10.1002/cncr.11531
- Kornblith, A. B., Powell, M., Regan, M. M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B., ... Winer, E. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*, 16: 895-903. doi:10.1002/pon.1146
- Kramer, J. A., Curran, D., Piccart, M., De Haes, J. C. J. M., Bruning, P., Klijn, J., ... & Paridaens, R. (2000). Identification and interpretation of clinical and quality of life prognostic factors for survival and response to treatment in first-line chemotherapy in advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 36(12): 1498-1506. doi:10.1016/S095980490000144-1
- Kroenke, C. H., Rosner, B., Chen, W. Y., Kawachi, I., Colditz, G. A. & Holmes, M. D. (2004). Functional impact of breast cancer by age of diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 22: 1849-1856.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal General Internal Medicine*, 16(6): 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4): 345-359. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006
- Kuijer, R. G., Buunk, B. P., De Jong, G. M., Ybema, J. F., & Sanderman, R. (2004). Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feelings of inequity, relationship quality and psychological distress. *Psycho-Oncology*, 13(5), 321-334. doi: 10.1002/pon.749
- Kwiatkowski, F., Mouret-Reynier, M. A., Duclos, M., Leger-Enreille, A., Bridon, F., Hahn, T., ... Bignon, Y. J. (2013). Long term improved quality of life by a 2-week

- group physical and educational intervention shortly after breast cancer chemotherapy completion. Results of the 'Programme of Accompanying women after breast Cancer treatment completion in Thermal resorts'(PACThe) randomised clinical trial of 251 patients. *European Journal of Cancer*, 49: 1530-1538. doi:10.1016/j.ejca.2012.12.021
- Lauver, D. R., Connolly-Nelson, K. & Vang, P. (2007). Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer Nursing*, 30(2): 101-111. doi: 10.1097/01.NCC.0000265003.56817.2c
- Lauzier, S., Maunsell, E., Levesque, P., Mondor, M., Robert, J., Robidoux, A. & Provencher, L. (2010). Psychological distress and physical health in the year after diagnosis of DCIS or invasive breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 120: 685–691.
- Lazarus, A. A. (1961). Group therapy of phobic disorders by systematic desensitization. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63: 504-510.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55: 234-247.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lebel, S., Beattie, S., Arès, I. & Bielajew, C. (2013). Young and worried: Age and fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 32(6): 695-705. doi:10.1037/a0030186
- Lee, H., Lim, Y., Yoo, M. S. & Kim, Y. (2011). Effects of a nurse-led cognitive-behavior therapy on fatigue and quality of life of patients with breast cancer undergoing radiotherapy: an exploratory study. *Cancer Nursing*, 34(6): E22-30. doi:10.1097/NCC.0b013e31820d1734
- Lee, M. L. (1999). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Lee, P. W., Schulberg, H. C., Raue, P. J. & Kroenke, K. (2007). Concordance between the PHQ-9 and the HSCL-20. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3): 139-145. doi:10.1016/j.jad.2006.09.002
- Leigh, S. (2001). The culture of survivorship. *Seminars in Oncology Nursing*, 17: 234-235.

- Lelorain, S., Antignac, A. B. & Florin, A. (2010). Long-term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1): 14–22. doi:10.1007/s10880-009-9183-6.
- Lemieux, J., Bordeleau, L. J., & Goodwin, P. J. (2007). Medical, psychosocial, and health-related quality of life issues in breast cancer survivors. In P. A. Ganz (Ed.). *Cancer survivorship: Today and tomorrow* (pp. 122-144). New York: Springer.
- Lent, R. (2007). Restoring emotional well-being: a theoretical model. In M. Feurestein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 231-247). Bethesda (USA): Springer.
- Lepore, S. J. & Coyne, J. C. (2006). Psychological interventions for distress in cancer patients: A review of reviews. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(2): 85-92. doi: 10.1207/s15324796abm3202_2
- Lethborg, C. E. & Kissane, D. W. (2003). It doesn't end on the last day of treatment. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(3): 25-41. doi: 10.1300/J077v21n03_02
- Lew, E. (1967). Survivorship after myocardial infarction. *American Journal of Public Health*, 57: 119–127.
- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. S. & Alper, T. (1970). A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution. *Journal of Clinical Psychology*, 26 (4): 525-532.
- Li, M. & Rodin, G. (2011). Depression. In J. L. Levenson (Ed.). *Textbook of Psychosomatic Medicine* (2nd ed.). Arlington (VA): American Psychiatric Publishing.
- Liberato, R.P., & Macieira, R.C. (2008). Espiritualidade no enfrentamento do câncer. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M.J. B. Gomes & L. Holtz (Org.) *Temas em Psico-Oncologia* (pp.15-19). São Paulo: Summus.
- Little, M., Sayers, E.J., Paul, K. & Jordans, C.F.C. (2000). On surviving cancer. *Journal of Royal Society of Medicine*, 93(10): 501–503. pmc:1298120
- Liu, S., Yeh, Z., Huang, H., Sun, F., Tjung, J., Hwang, L., ... Yeh, A. W. (2011). Validation of Patient Health Questionnaire for depression screening among primary care patients in Taiwan. *Comprehensive Psychiatry*, 52: 96-101. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.04.013

- Loerzel, V.W., McNees, P., Powel, L.L., Su, X & Meneses, K. (2008). Quality of life in older women with early-stage breast cancer in the first year of survivorship. *Oncology Nursing Forum*, 35 (6): 924-932. doi: 10.1188/08.ONF.924-932
- Longman, A.J., Braden, C.J., & Mishel, M.M. (1999). Side-effects burden, psychological adjustment and life quality in women with breast cancer: Patterns of association over time. *Oncology Nursing Forum*, 26: 909–915.
- Lotrakul, M. Sumrithe, S. & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8: 46. doi:10.1186/1471-244X-8-46
- Low, C., Stanton, A. & Danoff-Burg, S. (2006). Expressive disclosure and benefit finding among breast cancer patients: Mechanisms for positive health effects. *Health Psychology*, 25(2): 181–189. doi: 10.1037/0278-6133.25.2.181
- Luebbert, K., Dahme, B. & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psycho-oncology*, 10: 490-502.
- Luoma, M., Hakamies-Blomqvist, L., Sjöström, J., Pluzanska, A., Ottoson, S., Mouridsen, H., ... Bloomqvist, C.(2003). Prognostic value of quality of life scores for time to progression (TTP) and overall survival time (OS) in advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 39(10):1370-1376. doi:10.1016/S0959-8049(02)00775-X
- Lyons, M. A., Jacobson, S. S., Prescott, B. & Oswalt, D. (2002). Women's experiences during the first year following diagnosis of breast cancer. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 3: 1–26.
- Maes, S., Leventhal, H. & De Ridder, D. T. D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (p. 221–251). Oxford (UK): Wiley.
- Maia, L. & Correia, C. (2008). Consequências psicológicas, estratégias de coping e intervenção na doença oncológica: uma revisão da literatura para aplicação prática. *Portal dos Psicólogos*, 1-34.
- Maluf, M. F. D. M., Mori, L. J., & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(2): 149-154.

- Mann, E., Smith, M. J., Hellier, J., Balabanovic, J. A., Hamed, H., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2012). Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial. *The lancet oncology*, 13(3): 309-318. doi:10.1016/S1470-2045(11)70364-3
- Manne, S. & Ostroff, J. (2011). Couple-focused group intervention for women with early breast cancer and their partners. In M. Watson & D. Kissanne (Eds.). *Handbook of psychotherapy in cancer care* (pp. 149-158). Chichester (UK): Wiley-Blackwell.
- Manne, S. L., Sabbioni, M., Bovbjerg, D. H., Jacobsen, P. B., Taylor, K. L. & Redd, W. H. (1994). Coping with chemotherapy for breast cancer. *Journal of Behavior Medicine*, 17: 41-55.
- Marchioro, G., Azzarello, G., Checchin, F., Perale, M., Segati, R., Sampognaro, ... Vinante, O. (1996). The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer*, 32(9): 1612-1615. doi:10.1016/0959-8049/96
- Marsh, H. W. & Hattie, J. (1996). Theoretical perspectives on the structure of self concept. In B. A. Bracken (Ed.). *Handbook of Self-concept: developmental, social and clinical considerations*. New York: John Wiley & Sons.
- Martin, M. Y., Pollack, L. A., Evans, M. B., Smith, J. L., Kratt, P., Prayor-Patterson, H., ... Hullett, S. (2011). Tailoring cancer education and support program for low-income, primilary African American cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38(1): doi:E55-E59. 10.1188/11.ONF.E55-E59
- Martínez, M. T. G. (2008). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos com cáncer. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 25(1): 35-49.
- Massie, M. J. & Holland, J. C. (1995). Depression and the American cancer patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51: 252-256.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs*, 2004(32): 57-71. doi:10.1093/jncimonographs/lgh014
- Mast, M. E. (1998). Survivors of breast cancer: Illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology Nursing Forum*, 25: 555-562.

- Matos, P. & Pereira, M. G. (2002). Psicoterapia com doentes oncológicos. In Pereira, M. G. & Lopes, C. (Eds.). *O doente oncológico e a sua família* (pp. 27-56). Lisboa: Climepsi Editores.
- Maunsell, E., Brisson, J., & Deschenes, L. (1992). Psychological distress after initial treatment of breast cancer. *Cancer*, 70(1): 120–125. doi:10.1002/1097-0142(19920701)70:1<120::AID-CNCR2820700120>3.0.CO;2-U
- McCaul, K., Sandgren, A., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A. & Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-oncology*, 8(3): 230-236. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199905/06)8:3<230::AID-PON374>3.0.CO;2-#
- McCray, N. (2000). Questões psicossociais e da qualidade de vida. In S. Otto (Ed.). *Enfermagem em oncologia* (3ª ed.) (pp. 893-912). Loures: Lusociência.
- McGarth P. (1999) Posttraumatic Stress and the experience of cancer: a literature review. *Journal of Rehabilitation*, 65(3), 17–23.
- McGregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B., & Carver, C. S. (2004). Cognitive–behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of psychosomatic research*, 56(1): 1-8. doi:10.1016/S0022-3999(03)00036-9
- McIntyre, T. M., Fernandes, S. R. & Pereira, M. O. (2002). Intervenção psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo. In M. R. Dias & E. Durá (Coord.) *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 281-302) Lisboa: Climepsi.
- McKean, R. C., Feigelson, H. S. & Ross, R. K. (2000). Declining cancer rates in the 1990s. *Journal of Clinical Oncology*, 18(11): 2258-2268.
- McKiernan, A., Steggle, S., Guerin, S. & Carr, A. (2010). A controlled trial of group cognitive behavior therapy for Irish breast cancer patients. *Journal of psychosocial oncology*, 28(2): 143-156. doi:10.1080/07347330903570511
- McMillan, S.C., Tittle, M.B., & Hill, D. (1993). A systematic evaluation of the “I Can Cope” program using a national sample. *Oncology Nursing Forum*, 20: 455–461.
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego (CA): EdITS/Educational and Industrial Testing Service.
- McQuellon, R. P. & Danhauer, S. C. (2007). Psychosocial rehabilitation in cancer care. In P. A. Ganz (Ed.) *Cancer survivorship: Today and tomorrow* (pp 238-250). Los Angeles: Springer.

- Mehnert, A. (2004). Prevalence of post-traumatic stress disorder, anxiety and depression in a representative sample of breast cancer patients *Psycho-Oncology*, 13(Suppl.1): S62. doi:10.1002/pon.778
- Mehnert, A. & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*, 64(4): 383-391. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.12.005
- Mellon S., Northouse L. L. & Weiss L. K. (2006). A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nursing*, 29(2): 120–131.
- Meneses, K., McNees, P., Azuero, A., Loerzel, V.W., Su, X & Hassey, L.A. (2009). Preliminary evaluation of psychoeducational support interventions on quality of life in rural breast cancer survivors post-primary treatment. *Cancer Nursing*, 32 (5): 385-397. doi:10.1097/NCC.0b013e3181a850e6
- Meneses, K.D., McNees, P., Loerzel, V.W., Su, X., Zhang, Y & Hassey, L.A. (2007). Transition from treatment to survivorship: Effects of a psychoeducational intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34 (5): 1007-1016.
- Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 33 (1).
- Meyer, T. J. & Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14: 101-108.
- Meyerowitz, B.E., Kurita, K. & D’Orazio, L.M. (2008). The psychological and emotional fallout of cancer and its treatment. *Cancer Journal*, 14: 410–413. doi:10.1097/PPO.0b013e31818d8757
- Miller, K & Massie, M. J. (2010). Depressive Disorders. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle (Eds). *Psycho-oncology* (2nd Ed) (pp. 311-318).. New York: Oxford University Press.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde (2009). *Plano nacional de prevenção e controle das doenças oncológicas 2007/2010 – Programa de desenvolvimento*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Miranda, A. (1994). Rastreio do Cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 12(3), 57-60.
- Miranda, J., Azocar, F., & Burnam, M. A. (2010). Assessment of evidence-based psychotherapy practices in usual care: Challenges, promising approaches, and future directions. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(3): 205-207. doi:10.1007/s10488-009-0246-7
- Mishel, M. H., Germino, B. B., Gil, K. M., Belyea, M., Laney, I. C., Stewart, J., ... Clayton, M. (2005). Management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 14(11): 962-978. doi: 10.1002/pon.909
- Mitchell, A. J. (2007). Accuracy of Distress Thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders: Pooled results from 38 analyses. *Journal of Clinical Oncology*, 25(29): 1-12.
- Mock, V., Burke, M. B., Sheehan, P., Creaton, E. M., Winningham, M. L., McKenney-Tedder, S., ... & Liebman, M. (1994). A nursing rehabilitation program for women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 21(5): 899–907.
- Molassiotis, A., Yung, H. P., Yam, B. M., Chan, F. Y. & Mok, T. S. (2002). The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*, 10(3): 237-246.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer*, 41(17): 2613-2619. doi:10.1016/j.ejca.2005.05.017
- Monteiro, S. (2008). *Optimismo e vinculação na transição para o ensino superior: Relação com sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico* (Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro). Retirado de <http://hdl.handle.net/10773/1116>

- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006, setembro). *Optimism in college students: Portuguese study of the Revised Life Orientation Test (LOT-R)*. Comunicação apresentada no V Congresso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Costa Rica.
- Moorey, S. (2013, Fevereiro). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes com cancro avançado*. Workshop organizado pela Escola de Portuguesa de Oncologia do Porto (EPOP) e pela Academia Portuguesa de Psico-oncologia, IPO, Porto.
- Moorey, S., & Greer, S.. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Moorey, S. & Greer, S. (2012). *Oxford guide to CBT for people with cancer* (2nd Ed). New York: Oxford University Press.
- Moorey, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The cancer coping questionnaire: a self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour. *Psycho-oncology*, 12, 331-344. doi:10.1002/pon.646
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (1): 165-184.
- Morran, D.K., Stockton, R. & Whittingham, M.H. (2004). Effective leader intervention for counseling and psychotherapy groups. In J.L. Delucia-Waack, D.A. Gerrity, C.R. Kalodner & M.T. Riva (Eds.). *Handbook of group counseling and psychotherapy* (pp. 91-103). London: Sage.
- Morris, J., Perez, D. & McNoe, B. (1997). The use of quality of life data in clinical practice. *Quality of life research*, 7(1): 85-91. doi: 10.1023/A:1008893007068
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29 (3): 311-332. doi:10.1017/S1352465801003058
- Mosher, C. & Danoff-Burg, S. (2005). A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2-3): 101–114. doi:10.1300/J077v23n02_07
- Mullan (1985) Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313: 270–273.

- Munstedt, K., Manthey, N., Sachsse, S. & Vahrson, H. (1997). Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy. *Support Care Cancer*, 5: 139–143.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: Summary*. Cambridge (MA): Harvard University.
- Myers, L. B., Burns, J. W., Derakshan, N., Elfant, E., Eysenk, M. W. & Phipps, S. (2008). Current issues in repressive coping and health. In J. J. Vingerhoets, I. Nyklícek & J. Denollet (Eds.). *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues* (pp. 69-86). New York: Springer.
- National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*. Camperdown, Australia: National Breast Cancer Centre.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Depression in adults with chronic physical health problem: Treatment and management. National clinical practice guideline number 91*. National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nekolaichuk, C. L., Cumming, C., Turner, J., Yushchyshyn, A. & Rami, S. (2011). Referral patterns and psychosocial distress in cancer patients accessing a psycho-oncology counselling service. *Psycho-oncology*, 20, 326-332. doi: 10.1002/pon.1765
- Nelson, J. P. (1996). Struggling to gain meaning: Living with the uncertainty of breast cancer. *Advances in Nursing Science*, 18: 59–76.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W. & Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94: 558-584. doi: 10.1093/jnci/94.8.558
- Neyt, M., & Albrecht, J. (2006). The long-term evolution of quality of life for disease-free breast cancer survivors: A comparative study in Belgium. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24: 89–123. doi:10.1300/J077v24n03_05
- Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (2007). Psychological distress, depression and anxiety. In M. Feuerstein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 323-337). Bethesda (USA): Springer.

- Nordin, K. & Glimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer-variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognoses. *Psycho-Oncology*, 7(5): 413-423. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(1998090)7:5<413::AID-PON318>3.0.CO;2-Q
- Northouse, L. (1995). The impact of cancer in women on the family. *Cancer Practice*, 3(3): 134-142.
- Novo, R. (2000). *Para além da Eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada* (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Novo, R. F., Silva, E. D. & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In Gonçalves, M., Ribeiro, I., Araújo, S., Machado, C., Almeida, L. S. & Simões, M. (Eds.). *Avaliação psicológica: formas e contextos* (Vol. V, pp.313-324). Braga: APPORT/SHO.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Oliveira, M. S., Fernandes, A. F. C. & Galvão, M. T. G. (2005). Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2): 150-155.
- Omoro, S. A. O., Fann, J. R., Weymuller, E. A., Macharia, I. M. & Yueh, B. (2006). Swahili translation and validation of the Patient Health Questionnaire-9 depression scale in the Kenyan head and neck cancer patient population. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36 (3): 367-381. doi:10.2190/8W7Y-0TPM-JVGV-QW6M
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C. & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1): 13-34. doi:10.2190/EUFN-RV1K-Y3TR-FK0L
- Organização Mundial de Saúde (2002-2003). *CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Osório, F. L., Mendes, A. V., Crippa, J. A. & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in

- the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3): 216-227. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x
- Osowiecki, D. & Compas, B. E. (1998). Psychological adjustment to cancer: Control beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 22: 483–499.
- Pais-Ribeiro, J. (2001). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durá (Eds.). *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. L., Ramos, D. & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2): 231-247.
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C. & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1): 89-102.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2): 225-237. doi:10.1080/13548500500524088
- Palhinhas, P. (2000). *Adaptação psicológica e imagem corporal em mulheres com cancro da mama* (Monografia de Licenciatura não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Park, J. H., Bae, S. H., Jung, Y. S & Kim, K. S. (2012). Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: A pilot study. *Cancer Nursing*, 35 (1): E34-E41. doi: 10.1097/NCC.0b013e318218266a
- Pasacrete, J.V. (1997). Depressive phenomenon, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. *Nursing Research*, 46: 214–221.
- Passik, S. D., Dugan, W., McDonald, M. V., Rosenfeld, B., Theobald, D. E. & Edgerton, S. (1998). Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16(4): 1594-1600.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(4): 53-73.

- Patrão, I. (2007). *O Ciclo psico-oncológico no cancro da mama: Estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer de cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5: 53-73.
- Pelusi, J. (1997). The lived experience of surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24: 1343–1350.
- Pennebaker, J. W. (1999). The effects of traumatic disclosure on physical and mental health: The values of writing and talking about upsetting events. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1: 9–18.
- Pereira, M. G. & Lopes, C. (2002) *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M. G. & Marques, A. (2001). *Grupo de apoio psicológico a mulheres mastectomizadas*. Programa elaborado no âmbito do estágio em psicologia da saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Pereira, M. G. & Matos, P. (1999). *Intervenção psicológica nas fases da doença oncológica*. Programa elaborado no âmbito do estágio em Psicologia da Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Pereira, M. G., Oliveira, C. & Lobo, O. (1998). *Intervenção na doença oncológica*. Programa elaborado no âmbito do estágio em Psicologia da Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Petersson, L. M., Berglund, G., Brodin, O., Glimelius, B., & Sjöden, P. O. (2000). Group rehabilitation for cancer patients: satisfaction and perceived benefits. *Patient education and counseling*, 40(3), 219-229. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00102-0
- Petrocelli, J. V. (2002). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy for general symptomatology: A meta-analysis. *Journal for specialists in group work*, 27 (1): 92-115. doi:10.1177/0193392202027001008
- Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, H. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: Systemic review. *British Medical Journal*, 325(7372): 1066-1075.
- Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N. K., Møller, S., Groenvold, M., Christiansen, P., ... & Sjøgren, P. (2007). Health-related quality of life in long-term breast cancer

- survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Research and Treatment*, 104(1), 39-46. doi:10.1007/s10549-006-9386-6
- Pheula, G. F., & Isolan, L. R. (2007). Evidence-based psychoterapies for children and adolescents. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2): 74-83.
- Phillips, K. M., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Llabre, M. M., Avisar, E., ... & Carver, C. S. (2008). Stress management intervention reduces serum cortisol and increases relaxation during treatment for nonmetastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 70(9): 1044-1049. doi: 10.1097/PSY.0b013e318186fb27
- Pimentel, F. (2002). Survey of Portuguese physicians on quality of life information. *Quality of Life research*, 11: 654.
- Pimentel, F. (2003). Qualidade de vida do doente oncológico (Dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Pinto, A. (2012). *Terapia cognitivo-comportamental em sobreviventes de cancro da mama* (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro). Retirado de <http://hdl.handle.net/10773/9853>
- Pinto, C. A. S., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007a). Sobrevivente de Cancro: Uma outra realidade. *Texto, Contexto Enferm, Florianópolis*, 16(1): 142-148.
- Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. L. (2007b). construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2): 47-53.
- Pinto-Meza, A., Serrano-Blanco, A., Penarrubia, M. T., Blanco, E. & Haro, J. M. (2005). Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone? *Journal of General Internal Medicine*, 20(8): 738-42. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0144.x
- Pirl, W. F. (2010). Instruments in Psycho-oncology. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle (Eds). *Psycho-oncology* (2nd ed.) (pp. 119-130). New York: Oxford University Press.
- Pistrang, N. & Baker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine*, 40(6): 789-797.
- Pisu, M., Azuero, A., Meneses, K., Burkhardt, J & McNees, P. (2011). Out of pocket cost comparision between Caucasian and minority breast cancer survivors in the Breast

- Cancer Education Intervention (BCEI). *Breast Cancer Research and Treatment*, 127 (2): 521-529.
- Porter, L. S., Clayton, M. F., Belyea, M., Merle Mishel, R. N., Gil, K. M., & Germino, B. B. (2006). Predicting negative mood state and personal growth in African American and white long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3): 195-204. doi:10.1207/s15324796abm3103_1
- Post-White, J., Ceronsky, C., Kreitzer, M. J., Nickelson, K., Drew, D., Mackey, K., Koopmeiners, L. & Gutnecht, S. (1996). Hope, spirituality, sense of coherence and quality of life in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 10: 1571–1579.
- Pratt, J. H. (1907). The class method of treating consumption in the homes of the poor. *Journal of the American Medical Association*, 49: 755-759.
- Prieto, G., Muñiz, J., Almeida, L. S. & Bartram, D. (1999). Uso de los tests psicológicos en España, Portugal e Iberoamérica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(8): 67-83.
- Prout, H. T. & Prout, S. M. (1996). Global self-concept and its relationship to stressful life conditions. In Bracken, B. A. (Ed). *Handbook of Self-concept: developmental, social and clinical considerations* (pp. 259-286). New York: John Wiley & Sons.
- Pruitt, B. T., Waligora-Serafin, B., McMahon, T., Byrd, G., Besselman, L., Kelly, G. M. & Cuellar, D. (1993). An educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-Oncology*, 2(1): 55-62.
- Qiu, J., Chen, W., Gao, X., Xu, Y., Tong, H., Yang, M., ... Yang, M. (2013). A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(2): 60-67. doi: 10.3109/0167482X.2013.766791
- Quartana, P. J., Schmaus, B. J. & Zakowski, S. G. (2005). Gender, neuroticism and emotional expressivity: Effects on spousal constraints among individuals with cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4): 769-776. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.769
- Quinten, C., Coens, C., Mauer, M., Comte, S., Sprangers, M. A., Cleeland, C., ... Bottomley, A. on behalf of the EORTC Clinical Groups (2009). Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data

- from EORTC clinical trials. *Lancet Oncology*, 18. doi:10.1016/S1470-2045(09)70200-1
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E. & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres Portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1): 13-32.
- Redd, W. H., Montgomery, G. H., DuHamel, K. N. (2001). Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *Journal National Cancer Institute*, 93: 810-823. doi: 10.1093/jnci/93.11.810
- Rehse, B. & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counselling*, 50: 179-186. doi:10.1016/S0738-3991(02)00149-0
- Reich, M., Lesur, A. & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast cancer research and treatment*, 110(1): 9-17. doi:10.1007/s10549-007-9706-5
- Rendle K. (1997) Survivorship and breast cancer: the psychosocial issues. *Journal of Clinical Nursing*, 6: 403–410. doi: 10.1111/j.1365-2702.1997.tb00334.x
- Ries, L. A. G., Melbert, D., Krapcho, M., Stinchcomb, D. G., Howlader, N., Horner, M. J., ..., Edwards, B. K. (2008). *SEER cancer statistics review, 1975-2005*. Bethesda, MD: U.S. National Institutes of Health, National Cancer Institute.
- Ries, L., Kosary, C., Hankey, B., Miller, B., Harris, A. & Edwards, B. (1997). *SEER Cancer statistics review, 1973-1994*. National Cancer Institute: Bethesda, MD: NIH Pub. No. 97-2789.
- Rimé, B. (1995). Mental rumination, social sharing and recovery from emotional exposure. In J. W. Pennebaker (ed.). *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 271–291). American Psychological Association, Washington.
- Roberts, K. J., Lepore, S. J. & Helgeson, V. (2006). Social-cognitive correlates of adjustment to prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 15 (3): 183-192. doi: 10.1002/pon.934
- Rockson, S. G. (2002). Lymphedema after surgery for cancer: The role of patient support groups in patient therapy. *Disease Management and Health Outcomes*, 10 (6): 345-347. doi: 10.2165/00115677-200210060-00003

- Ronson, A. & Body, J. J. (2002). Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. *Supportive care in cancer*, 10(4): 281-291. doi: 10.1007/s005200100309
- Rosberger, Z., Edgar, L., Collet, J-P & Fournier, M. A. (2002). Patterns of coping in women completing treatment for breast cancer: A randomized controlled trial of NUCARe, a brief psychoeducational workshop. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(3): 19-37. doi:10.1300/J077v20n03_02
- Rosenbaum, E. (2008). Alcohol and cancer survivors. Retirado de <http://www.cancersupportivecare.com/Survivor/alcohol.html>.
- Ross, L., Boesen, E. H., Dalton, S. O. & Johansen, C. (2002). Mind and cancer: Does psychological intervention improve survival and psychological well-being? *European Journal of Cancer*, 38(11): 1447-1457. doi:10.1016/S0959-8049(02)00126-0
- Rowland, J. H. (2007). Survivorship research: Past, present, and future. In M. Feuerstein (Ed.). *Cancer survivorship: Today and tomorrow* (pp. 28 - 42). Bethesda (USA): Springer.
- Rowland, J. H. & Bellizzi, K. M. (2008). Cancer survivors and survivorship research: a reflection on today's successes and tomorrow's challenges. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 22(2): 181-200. doi:10.1016/j.hoc.2008.01.008
- Rowland, J. H. & Massie, M. J. (2010). Breast Cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle (Eds.). *Psycho-oncology* (pp. 177-186). New York: Oxford University Press.
- Rutledge, D. N., Raymond, N. J. (2001). Changes in wellbeing of women cancer survivors following a survivor weekend experience. *Oncology Nursing Forum*, 28: 85-91.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1): 68-78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Ryff, C. D. & Essex, M. J. (1992). The interpretation of life experience and well-being: The sample case of relocation. *Psychology and Aging*, 7(4): 507-517. doi: 10.1037/0882-7974.7.4.507

- Santos, Z., Santos, G. & Abrantes, P. (1993). Psicopatologia e efeitos secundários associados a quimioterapia em doentes com carcinoma da mama. *Psiquiatria Clínica*, 14(1): 33-40.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H. & Morin, C. M. (2005). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25): 6083-6096. doi:10.1200/JCO.2005.09.548
- Schedlowski, M., Jung, C., Schimanski, G., Tewes, U. & Schmoll, H. J. (1994). Effects of behavioral intervention on plasma cortisol and lymphocytes in breast cancer patients: An exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3: 181-187. doi:10.1002/pon.2960030304
- Scheier M. F., Helgeson, V. S., Schulz, R., Colvin, S., Berga, S., Bridges, M. W., ... Pappert, W. S. (2005). Interventions to enhance physical and psychological functioning among younger women who are ending nonhormonal adjuvant treatment for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(19): 4298-4311. doi:10.1200/JCO.2005.05.362
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16: 201-228. doi: 10.1007/BF01173489
- Scheier, M., Carver, C. & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078. doi:10.1037/0022-3514.67.6.1063
- Schneider, S., Moyer, A., Knapp-Oliver, S., Sohl, S., Cannella, D., & Targhetta, V. (2010). Pre-intervention distress moderates the efficacy of psychosocial treatment for cancer patients: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(1): 1-14. doi:10.1007/s10865-009-9227-2
- Schnur, J. B., David, D., Kangas, M., Green, S., Bovbjerg, D. H., & Montgomery, G. H. (2009). A Randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. *Journal of clinical psychology*, 65(4): 443-455. doi:10.1002/jclp.20559

- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C. M., Sandvik, L. & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-oncology*, 13(5): 309-320. doi: 10.1002/pon.747
- Schover, L. R. (2004). Myth-busters: telling the true story of breast cancer survivorship. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(24): 1800-1801. doi: 10.1093/jnci/djh346
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Boehmer, S., Taubert, S., Knoll, N. (2006). Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. *Social Science and Medicine*, 63(6):1614–1624. doi:16/j.socscimed.2006.04.004.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5): 487–497. doi:1037/0278-6133.22.5.487.
- Seiegel, M. D. (1995). Essentials of psychotherapeutic interventions for cancer patients. *Support Care Cancer* 3(4): 252–256. doi:10.1007/BF00335899
- Sellick, S. M., & Crooks, D. L. (1999). Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncology*, 8(4): 315-333. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199907/08)8:4<315::AID-PON391>3.0.CO;2-G
- Servan- Schreiber, D. (2008). *Anticancro: um novo estilo de vida*. Lisboa: Caderno.
- Shaffer, C. S., Shapiro, J., Sank, L. I. & Coghlan, D. J. (1981). Positive changes in depression, anxiety and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 5(2): 149-157.
- Shanfield S.B. (1980). On surviving cancer: psychological considerations. *Comprehensive Psychiatry*, 21(2): 128–134.
- Shapiro, S. L., Lopez, A. M., Schwartz, G. E., Bootzin, R., Figueredo, A. J., Braden, C. J. & Kurker, S. F. (2001). Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4): 501–519. doi: 10.1002/jclp.1026
- Shaw, B. F. (1977). Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45 (4): 543 – 551.

- Sheard, T. & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: Results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80: 1770-1780. doi:10.1038/sj.bjc.6690596
- Silva, D. R. & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do inventário de estado-traço de ansiedade – forma Y (STAI-Y) de Spielberger, para a população Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33: 71-91.
- Silva, L. C. D. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 13(2): 231-237.
- Silva, S. M., Crespo, C. & Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health*, 27(11): 1323-1341. doi:10.1080/08870446.2012.676644
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: O papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de *coping* enquanto fatores de risco/proteção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76.
- Silva, S., Moreira, H. C. & Canavarro, M. C. (2012). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-oncology*, 21: 409-418. doi: 10.1002/pon.1913
- Simões, S., Carneiro, F., Schmitt, F., & Lopes, J. (2007). *Cancro*. Porto.
- Simpson, J. S., Carlson, L. E. & Trew, M. E. (2001). Effect of Group Therapy for Breast Cancer on Healthcare Utilization. *Cancer Practice*, 9(1): 19-26. doi: 10.1111/j.1523-5394.2001.91005.pp.x
- Simpson, J. S. A., Carlson, L. E., Beck, C. A. & Patten, S. (2002). Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 11: 282-294. doi: 10.1002/pon.565
- Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S. D., Skovlund, E., & Dahl, A. A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1): 27-34. doi:10.1016/S0022-3999(00)00080-5

- Smith, M.C., Holcombe, J.K. & Stullenbarger, E. (1994). A meta-analysis of intervention effectiveness for symptom management in oncology nursing research. *Oncology Nursing Forum*, 21: 1201– 1210.
- Smith, T. W. & Gallo, L. C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.). *Handbook of Health Psychology* (pp. 139-172). Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G., & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer*, 84(2): 179-185. doi: 10.1054/ bjoc.2000.1545
- Somerset, W., Stout, S. C., Miller, A. H., & Musselman, D. (2004). Breast cancer and depression. *Oncology*, 18(8): 1021-1034. pmid:15328896
- Sousa, L. (2007). *Sobre... vivendo com cancro: o doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Spiegel, D., Bloom, J. R. & Yalom, I. D. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38(5): 527-533. doi:10.1001/archpsyc.1980.01780300039004
- Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 334(8668): 888-891. doi:10.1016/S0140-6736(89)91551-1
- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, B., Mudaliar, N., ... Riggs, G. (1999). Group Psychotherapy for Recently Diagnosed Breast Cancer Patients: a Multicenter Feasibility Study. *Psycho-Oncology*(8): 482-493. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199911/12)8:6<482::AID-PON402>3.0.CO;2-W
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (Form Y)*. Consulting Psychologists Press, Inc.2: Palo Alto (CA).
- Spira, J. L. & Casden, D. R. (2010). Group psychotherapy for persons with cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle (Eds). *Psycho-oncology* (2nd ed.) (pp. 408-414). New York: Oxford University Press.

- Spitz, I. & Spitz, T. (1999). *A pragmatic approach to group psychotherapy*. Philadelphia (PA): Brunner/Mazel, Taylor & Francis Group.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study: Primary care evaluation of mental disorders, Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282(18): 1737-1744. doi:10.1001/jama.282.18.1737.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke, K., Hornyak, R., McMurray, J. (2000). Validity and utility of the Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetric-Gynecology Study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 183(3): 759-769. doi:10.1067/mob.2000.106580
- Stanton, A.L. (2006). Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24: 5132–5137. doi:10.1200/JCO.2006.06.8775
- Stanton, A. L. (2010). Positive consequences of the experience of cancer: Perceptions of growth and meaning. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle (Eds). *Psycho-oncology* (pp. 547-550). New York: Oxford University Press.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., Low, C.A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds). *Handbook of Posttraumatic Growth* (pp. 138–175). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stanton, A. L. & Danoff-Burg, S. (2002). Emotional expression, expressive writing and cancer. In S. J. Lepore & J. M. Smyth (Eds.). *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 31-51). Washington (DC): American Psychological Association.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68(5): 875-882. doi:10.1037//0022-006X.68.5.875
- Stanton, A. L., Danoff-burg, S., Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-oncology*, 11 (2): 93-102. doi:10.1002/pon.574

- Stanton, A. L., Ganz, P. A., Kwan, L., Meyerowitz, B. E., Bower, J. E., Krupnick, J. L., ... Belin, T. R. (2005). Outcomes from the moving beyond cancer psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25): 6009-6018. doi: 10.1200/JCO.2005.09.101
- Stanton, A. L. & Snider, P. R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12(1): 16–23. doi:10.1037/0278-6133.12.1.16
- Steptoe, A., Sutcliffe, I., Allen, B. & Combes, C. (1991). Satisfaction with communication, medical knowledge and coping style in patients with metastatic cancer. *Social Science & Medicine*, 32(6): 627-632.
- Stevinson, C., Campbell, K., Sellar, C. & Courneya, K. (2007). Physical activity for cancer survivors. In M. Feurestein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 249-258). Bethesda: Springer.
- Su, X., Meneses, K., Mcnees, P & Johnson, W.O. (2011). Interaction trees: Exploring the differential effects of an intervention programme for breast cancer survivors. *Journal of the Royal Statistical Society*, 60(3): 457-474. doi: 10.1111/j.1467-9876.2010.00754.x
- Suls, J. M., Davidson, K. W & Kaplan, R. M. (2010). *Handbook of Health Psychology and Behavioral Medicine*. New York: The Guilford Press.
- Tae, Y. S., Heitkemper, M. & Kim, M. Y. (2012). A path analysis: A model of depression in Korean women with breast cancer-mediating effects of self-esteem and hope. *Oncology Nursing Forum*, 39(1): E49-E57. doi:10.1188/12.ONF.E49-E57
- Tatrow, K. & Montgomery, G. H. (2006). Cognitive behavioural therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1): 17-27. doi: 10.1007/s10865-005-9036-1
- Taylor, E. J. (2000). Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27: 781–788.
- Taylor, K. L., Lamdan, R. M., Siegel, J. E., Shelby, R., Moran-Klimi, K., & Hrywna, M. (2003). Psychological adjustment among African American breast cancer patients: one-year follow-up results of a randomized psychoeducational group intervention. *Health psychology*, 22(3), 316. doi: 10.1037/0278-6133.22.3.316

- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15(1): 1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01
- Teixeira, J. J. V., & Lefèvre, F. (2008). Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4): 1247-1256.
- Teixeira, R. & Pereira, M. G. (2011). Promoção da saúde psicossocial na doença oncológica. In Pereira, M. G. (Coord.). *Promoção da saúde psicossocial na doença: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 23-113). Viseu: PsicoSoma.
- Teixeira, R. J. & Pereira, M. G. (2013). Factors Contributing to Posttraumatic Growth and Its Buffering Effect in Adult Children of Cancer Patients Undergoing Treatment. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(3): 235-265. doi:10.1080/07347332.2013.778932
- Telch, C. F. & Telch, M. J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 802-808.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A. & Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors; A qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-oncology*, 13(3): 177-189. doi: 10.1002/pon.710
- Thornton, A. (2002). Perceiving benefits in the cancer experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9:153–165.
- Thornton, A. A. & Perez, M. A. (2007). Interpersonal relationships. In M. Feuerstein (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 191-210). New York: Springer.
- Thornton, A. A. & Perez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology*, 15(4): 285–296. doi:10.1002/pon.953.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V. & Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13: 343–361.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-oncology*, 11(2), 154-169. doi: 10.1002/pon.570

- Torres, A., Araújo, F., Pereira, A. & Monteiro, S. (2013). *InMAMAGroup: Programa de intervenção de grupo para mulheres com cancro da mama – Manual técnico e prático*. Manuscrito submetido para publicação.
- Torres, A., Pereira, A. & Monteiro, S. (2011). Efficacy of cognitive behavior group therapy with Portuguese breast cancer survivors. [Abstract] *European Psychiatry*, 26 (supl. 1):1690.
- Torres, A., Pereira, A. & Monteiro, S. (2012). Terapia de grupo cognitivo-comportamental para sobreviventes de cancro da mama: Descrição de um programa e avaliação preliminar da sua eficácia. *Psychology, Community & Health*, 1(3): 1–13. doi:10.5964/pch.v1i3.55
- Torres, A., Pereira, A. & Monteiro, S. (No Prelo). Estudo de validade do questionário de formas de lidar com o cancro. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*.
- Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S. & Albuquerque, E. (2013). Preliminary psychometric characteristics of the Portuguese version of Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) in a sample of Portuguese breast cancer women. [Abstract] *European Psychiatry*, 28(Suppl.1): 1. doi:10.1016/S0924-9338(13)77209-2
- Tremblay, A., Sheeran & Aranda, S. K. (2008). Psychoeducational interventions to alleviate hot flashes: A systematic review. *Menopause*, 15 (1): 193-202.
- Uitterhoeve, R. J., Vernooy, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., Mulder, P. & Van Achterberg, T. (2004). Psychosocial Interventions for Patients with Advanced Cancer - a Systematic Review of the Literature. *British Journal of Cancer*, 91: 1050-1062. doi:10.1038/sj.bjc.6602103
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S. & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping and concurrent well-being. *Psychology & Health*, 20(2): 175-192. doi:10.1080/08870440512331317634
- Vachon, M.L. (2001) The meaning of illness to a long-term survivor. *Seminars in Oncology Nursing*, 17(4): 279–283. doi:10.1053/sonu.2001.27926
- Van't Spijker, A., Trijsberg, R.W., & Duivenvoorden, H.J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59: 280–293.

- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3(25): 479-488.
- Varricchio, C. V. & Aziz, N. M. (2000) Survivorship and rehabilitation. In Lenhard, R. E., Osteen, R. T. & Gansler, T. (Eds). *Textbook of Clinical Oncology* (3rd Ed) (pp. 824–836). Blackwell Scientific Publications: Malden (MA).
- Vasile, D., Vasiliu, O., Vasile, M., Terpan, M. & Brisculescu, R. (2008). Improving the quality of life in patients with malignant tumors using cognitive psychotherapy. [Abstract]. *European Psychiatry*, 23(2): S302-S303.
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Vedhara, K., Bennett, P. D., Brooks, E., Gale, L., Munnoch, K., Schreiberkounine, C., ... Farndon, J. (2001): Risk factors for psychological morbidity in women attending a one-stop diagnostic clinic with suspected breast disease. *Psychology & Health*, 16(2): 179-190. doi:10.1080/08870440108405498
- Viana, M. & Cruz, J. (1993). *Profile of mood states (short version): Tradução e adaptação*. Braga: Universidade do Minho.
- Viana, M. F. Almeida, P. L. & Santos, R. C. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. *Análise Psicológica*, 1 (XIX): 77-92.
- Vodermaier, A., Linden, W. & Siu, C. (2009). Screening for emotional distress in cancer patients: A systematic review of assessment instruments. *Journal of National Cancer Institute*, 101: 1464-1488. doi:10.1093/jnci/djp336
- Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. D. J. & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista Saúde Pública*, 37(4), 440-445.
- Wan, G., Counte, M. & Cella, D. (1997). The influence of personal expectations on cancer patients' reports of health-related quality of life. *Psycho-oncology*, 6(1): 1-11. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199703)6:1<1::AID-PON230>3.0.CO;2-C
- Wani, S. Q., Khan, T., Teeli, A. M., Khan, N. A. & Wani, S. Y., (2012). Quality of life assessment in survivors of breast cancer. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 8(2): 272-276. doi: 10.4103/0973-1482.98986

- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational Style and Dispositional Structure: Coping in the Context of the Five-Factor Model. *Journal Of Personality*, 64(4): 737-774. doi:10.1111/1467-6494.ep9706272186
- Watson, D. & Pennebaker, J. W. (1989). Health complains, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96: 234-254.
- Watson, M., Fenlond, D., Mcvey, G. & Fernandez-Marcos, M. (1996). A Support group for breast cancer patients: Development of a cognitive-behavioural approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(1): 73-81. doi:10.1017/S1352465800016842
- Watson, M. & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatics Research*, 27 (4), 299-305.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M., & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21(1): 51-57. doi:10.1017/S0033291700014641
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18: 203–209.
- Watson, M. & Kissane, D. W. (2011). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Weert, E., May, A. M., Korstjens, I., Post, W. J., Schans, C. P., Borne, B., ... Hoekstra-Weebers, J. E. (2010). Cancer-related fatigue and rehabilitation: a randomized controlled multicenter trial comparing physical training combined with cognitive-behavioral therapy with physical training only and with no intervention. *Physical Therapy*, 90(10): 1413-1425. doi:10.2522/ptj.20090212
- Weisman, A. D. Worden, J. W. & Sobel, H. J. (1980). *Psychosocial screening and intervention with cancer patients: Project Omega*. Boston (MA): Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital.
- Weiss, T. (2004). Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5): 733-746. doi:10.1521/jscp.23.5.733.50750

- Wells, L. & Marwell, G. (1976). *Self-esteem: its conceptualization and measurement*. London: Sage.
- White, C. A. (2006). Psychosocial oncology. *Psychiatry*, 5(3): 96-98. doi:10.1383/psyt.2006.5.3.96
- White, J. R. (2000). Depression. In J. R. White & A. S. Freeman (Eds.) *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations*. Washington (DC): American Psychological Association.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25(1): 91-101. doi: 10.1037/0278-6133.25.1.91
- Williams, P. G., O'Brien, C. D. & Colder, C. R. (2004). The effects of neuroticism and extraversion on self-assessed health and health-relevant cognition. *Personality and Individual Differences*, 37(1): 83-94. doi: 10.1016/j.paid.2003.08.001
- Williams, S. & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*, 94(3): 372-390. doi:10.1038/sj.bjc.6602949
- Wilson, F. R., Rapin, L. S. & Banez, L. H. (2004). How teaching group work can be guided by foundational documents: Best practice guidelines, diversity, principles, training standards. *The Journal for Specialists in Group Work*, 29(1): 19-29. doi:10.1080/01933920490275321
- Wimberly, S. R., Carver, C. S., Laurenceau, J., Harris, S. D. & Antoni, M. H. (2005). Perceived Partner Reactions to Diagnosis and Treatment of Breast Cancer: Impact on Psychosocial and Psychosexual Adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2): 300-311. doi: 10.1037/0022-006X.73.2.300
- Winer, E. P., Berry, D. A., Woolf, S., Duggan, D., Kornblith, A., Harris, L. N., ... & Norton, L. (2004). Failure of higher-dose paclitaxel to improve outcome in patients with metastatic breast cancer: cancer and leukemia group B trial 9342. *Journal of clinical oncology*, 22(11): 2061-2068. doi: 10.1200/JCO.2004.08.048
- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K. R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., & Mathews, H. L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage

- breast cancer. *Brain, behavior, and immunity*, 22(6): 969-981. doi:10.1016/j.bbi.2008.01.012
- Wittkamp, K. A., Naeije, L., Schene, A. H., Huyser, J. & van Weert, H. C. (2007). Diagnostic accuracy of the mood module of the patient health questionnaire: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 29(5): 388-395. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2007.06.004
- Wolff, S. N. (2007). The burden of cancer survivorship: A pandemic of treatment success. In Feuerstein, M. (Ed.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 7-18). Bethesda (USA): Springer.
- Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuvate, L., & Losawatkul, S. (2006). Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 29(3), 250-257.
- Worden, J. W. & Weisman, A. D. (1984). Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 6: 243-249.
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease report: 2004 update*. Geneva: WHO Press.
- World Medical Association. (2000). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 284(23): 3043-3045.
- Yeung, A., Fung, F., Yu, S., Vorono, S., Ly, M., Wu, S. & Fava, M. (2008). Validation of the Patient Health Questionnaire-9 for depression screening among Chinese Americans. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2): 211-217. doi:10.1016/j.comppsy.2006.06.002
- Yoo, M. S., Lee, H., & Yoon, J. A. (2009). Effects of a cognitive-behavioral nursing intervention on anxiety and depression in women with breast cancer undergoing radiotherapy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(2), 157-165. doi:10.4040/jkan.2009.39.2.157
- Yu, X., Tam, W. W. S., Wong, P. T. K., Lam, T. H., Stewart, S. M. (2012). The patient health questionnaire-9 for measuring depressive symptoms among the general population in Hong Kong. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1): 95-102. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.11.002

- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychosocial distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1): 19–28. doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6
- Zaider, T. I. & Kissane, D. W. (2011). Couples therapy in advanced cancer: Using intimacy and meaning to reduce existential distress. In M. Watson & D. Kissanne (Eds.). *Handbook of psychotherapy in cancer care* (pp. 161-173). Chichester (UK): Wiley-Blackwell.
- Zaza, C., Sellick, S. M., & Hillier, L. M. (2005). Coping with cancer: What do patients do? *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(1), 55-73. doi:10.1300/J077v23n01_04
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67:361-370.
- Zoellner, T. & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008

Anexos

Anexo A – Consentimento informado para a intervenção de grupo psicoeducativa

A terapia de grupo a iniciar tem como objectivo ensinar estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais a mulheres que passaram pela experiência do cancro da mama.

Serão debatidos assuntos como as causas e o significado do cancro, as alterações corporais relacionadas com os tratamentos, o impacto da doença e do tratamento na auto-estima, o lidar com a incerteza, o relacionamento com o parceiro, com a família e com os profissionais de saúde, bem como, os objectivos pessoais para o futuro, entre outros. Serão ensinadas e praticadas estratégias como a identificação de pensamentos, o treino de relaxamento e o método de resolução de problemas.

As participantes no estudo vão ser solicitadas a participar na discussão dos vários assuntos debatidos, sem nunca serem obrigadas a fazê-lo. Existirão 8 sessões semanais de 1 hora e 30 minutos aproximadamente. Não será permitida a entrada de pessoas novas depois do início do grupo e será desejável para o bom funcionamento do grupo que as participantes compareçam a todas as sessões e que permaneçam até ao final de cada sessão.

Durante o grupo os psicólogos não poderão fazer o acompanhamento psicológico individual de nenhuma das participantes, mas poderão ser abordados para falar individualmente de algum problema que tenha acontecido no grupo.

Se alguma das participantes iniciar acompanhamento psicológico fora do grupo de apoio deve participá-lo aos psicólogos que acompanham o grupo. Não haverá qualquer inconveniente nisso, contudo é importante o conhecimento dessa alteração.

Os psicólogos e as participantes comprometem-se a preservar o anonimato e a confidencialidade das informações partilhadas no grupo.

A realização da terapia do grupo e os dados recolhidos através dos questionários preenchidos também serão utilizados no trabalho de doutoramento da Psicóloga Ana Carla Seabra Torres Pires, que garante o anonimato e a confidencialidade de toda a informação.

Refere-se ainda que têm sido realizados vários estudos de terapia de grupo e nenhum tem sugerido qualquer risco ou prejuízo para as participantes.

Ass: _____

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à psicóloga se não estiver completamente esclarecido.

- Declaro ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado pela psicóloga que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que posso recusar esta solicitação a qualquer momento, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta. Desejo colaborar no estudo de doutoramento da psicóloga Ana Carla Seabra Torres Pires.

_____ (localidade), __/__/____

NOME _____

Assinatura X _____

Anexo B – Consentimento informado para terapia de grupo cognitivo-comportamental

A terapia de grupo a iniciar tem como objectivo ensinar estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais a mulheres que passaram pela experiência do cancro da mama.

Serão debatidos assuntos como as causas e o significado do cancro, as alterações corporais relacionadas com os tratamentos, o impacto da doença e do tratamento na auto-estima, o lidar com a incerteza, o relacionamento com o parceiro, com a família e com os profissionais de saúde, bem como, os objectivos pessoais para o futuro, entre outros. Serão ensinadas e praticadas estratégias como a identificação de pensamentos, o treino de relaxamento e o método de resolução de problemas.

As participantes no estudo vão ser solicitadas a participar na discussão dos vários assuntos debatidos, sem nunca serem obrigadas a fazê-lo. Existirão 8 sessões semanais de 1 hora e 30 minutos aproximadamente. Não será permitida a entrada de pessoas novas depois do início do grupo e será desejável para o bom funcionamento do grupo que as participantes compareçam a todas as sessões e que permaneçam até ao final de cada sessão. De uma sessão para a seguinte será pedida a realização de uma tarefa simples, que parte da reflexão do assunto a tratar na sessão seguinte e consiste no registo “à mão” numa folha de um caderno que será facultado a todas as participantes.

Durante o grupo os psicólogos não poderão fazer o acompanhamento psicológico individual de nenhuma das participantes, mas poderão ser abordados para falar individualmente de algum problema que tenha acontecido no grupo.

Se alguma das participantes iniciar acompanhamento psicológico fora do grupo de apoio deve participá-lo aos psicólogos que acompanham o grupo. Não haverá qualquer inconveniente nisso, contudo é importante o conhecimento dessa alteração.

Os psicólogos e as participantes comprometem-se a preservar o anonimato e a confidencialidade das informações partilhadas no grupo.

A realização da terapia do grupo e os dados recolhidos através dos questionários preenchidos também serão utilizados no trabalho de doutoramento da Psicóloga Ana Carla Seabra Torres Pires, que garante o anonimato e a confidencialidade de toda a informação.

Refere-se ainda que têm sido realizados vários estudos de terapia de grupo e nenhum tem sugerido qualquer risco ou prejuízo para as participantes.

Ass: _____

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à psicóloga se não estiver completamente esclarecido.

- Declaro ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado pela psicóloga que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que posso recusar esta solicitação a qualquer momento, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta. Desejo colaborar no estudo de doutoramento da psicóloga Ana Carla Seabra Torres Pires.

_____(localidade), __/__/__

NOME _____

Assinatura X _____

Anexo C – Questionário Inicial



Questionário Inicial

Nome _____ Idade

Estado Civil _____ Habilitações Literárias _____

Profissão _____ Situação Profissional _____

Telefone / Telemóvel _____

Data de Diagnóstico: ____ / ____ / ____

MEIO DE DETECÇÃO	Auto-exame (palpação) da mama / detecção feita pela própria	
	Exame (palpação) realizado pelo médico numa consulta de rotina	
	Exames de rastreio solicitados pelo médico (sem detecção de nódulo na palpação)	
	Rastreio da LPCC	
	Outro:	

TRATAMENTOS REALIZADOS	TRATAMENTOS A REALIZAR
<input type="checkbox"/> Tumorectomia (data ____/____/____)	<input type="checkbox"/> Tumorectomia (data ____/____/____)
<input type="checkbox"/> Mastectomia (data ____/____/____)	<input type="checkbox"/> Mastectomia (data ____/____/____)
<input type="checkbox"/> Quadrantectomia (data ____/____/____)	<input type="checkbox"/> Quadrantectomia (data ____/____/____)
<input type="checkbox"/> Esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares	<input type="checkbox"/> Esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares
<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária (data ____/____/____)	<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária (data ____/____/____)
<input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total sessões ____)	<input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total sessões ____)
<input type="checkbox"/> Quimioterapia (nº total ciclos ____)	<input type="checkbox"/> Quimioterapia (nº total ciclos ____)
<input type="checkbox"/> Hormonoterapia - Medicação:	<input type="checkbox"/> Hormonoterapia - Medicação:
<input type="checkbox"/> Imunoterapia	<input type="checkbox"/> Imunoterapia
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Nenhum

Anexo D – Questionário Final



Questionário Final

Nome _____ Idade

Estado Civil _____ Habilitações Literárias _____

Profissão _____ Situação Profissional _____

Telefone / Telemóvel _____

Existiu algum acontecimento significativo que interferisse na forma como se sente desde o início das sessões de grupo? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual ou quais foram esses acontecimentos? _____

Anexo E – Questionário de Formas de Lidar com o Cancro

CCQ

As pessoas têm muitas formas de lidar com o stress que o cancro lhes causa. Qual a intensidade do stress que sentiu durante a última semana?

Muito Stress	Stress Moderado	Pouco Stress	Nenhum Stress
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preocupou-se com o cancro na última semana?

A maioria do tempo	Muito Tempo	Algum Tempo	Nenhum Tempo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A seguir encontra uma lista de vários métodos para lidar com o cancro. Pense como tem lidado com a sua doença na última semana e selecione a frequência com que tem utilizado cada método mencionado. Ninguém utiliza todas as formas mencionadas, mas todas as pessoas utilizam algumas delas. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
1. Planos definitivos para o futuro?	4	3	2	1
2. Tentou respirar lenta e profundamente para lidar com a ansiedade?	4	3	2	1
3. Distraiu-se de pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
4. Lembrou-se que as dores podem ser causadas por outras coisas sem ser o alastrar do cancro?	4	3	2	1
5. Listou as prioridades para a semana de modo a deixar feitas as coisas importantes?	4	3	2	1
6. Parou para refletir acerca da relatividade da gravidade da doença?	4	3	2	1
7. Observou quais são os seus pontos fortes para lidar com o cancro?	4	3	2	1
8. Lidou com a frustração canalizando-a para outras coisas (por exemplo, atividade física como tratar da casa ou jardinagem)?	4	3	2	1
9. Recordou-se a si próprio das coisas que tem na vida para além do cancro?	4	3	2	1
10. Organizou o seu dia de forma a desfrutar dele independentemente do cancro?	4	3	2	1
11. Treinou o relaxamento?	4	3	2	1
12. Deu resposta a pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
13. Planeou o seu dia e envolveu-se em atividades não relacionadas com o cancro?	4	3	2	1
14. Certificou-se que pensa em alguns aspetos positivos da sua vida?	4	3	2	1

Se tem um relacionamento com alguém, pense em como você e o seu companheiro(a) têm lidado com o cancro esta semana. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Veze	Nunca
15. Envolveu o seu companheiro numa atividade que a ajuda a lidar com o cancro?	4	3	2	1
16. Falou com o seu companheiro acerca do impacto do cancro nas suas vidas?	4	3	2	1
17. Perguntou ao seu companheiro o que ele pensa em vez de imaginar o que ele pensa?	4	3	2	1
18. Tentou ver o cancro como um desafio que têm de enfrentar juntos?	4	3	2	1
19. Analisou como o seu companheiro a pode apoiar?	4	3	2	1
20. Falou com o seu companheiro sobre como pode organizar as coisas para não sentir tanta pressão (por exemplo, mudar quem faz as tarefas domésticas)?	4	3	2	1
21. Pensou em como o cancro vos tem aproximado?	4	3	2	1

Anexo F – Questionário de Saúde do Paciente PHQ-9

Questionário de Saúde do Paciente PHQ-9

(Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Versão de investigação: Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2013)

Nome: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Data de Hoje: ____/____/____

Preencha, com uma caneta ou lápis, as caixas correspondentes às suas respostas.

A. Ao longo das últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?

	Nunca 0	Vários Dias 1	Mais do que metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
1. Pouco interesse ou prazer nas coisas habituais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentir-se cansado ou ter pouca energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diminuição ou aumento de apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir-se mal consigo próprio – sentir que é um fracasso ou que se deixou ir abaixo ou à sua família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas, como ler um jornal ou ver televisão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mexer-se ou falar tão devagar que outras já devem ter reparado. Ou o contrário, estar tão inquieto ou agitado que se move muito mais do que o habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos acerca de que estaria melhor morto ou de se ferir a si mesmo de alguma forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cotação Total = ____ + ____ + ____ + ____				

B. Se sentiu incomodado por algum dos 9 problemas referidos em cima, responda por favor à seguinte questão:

Qual é a dificuldade que estes problemas têm causado no seu trabalho, no cuidar das suas coisas em casa ou em conviver com outras pessoas?

Nenhuma Dificuldade

☐

Pouca Dificuldade

☐

Muita Dificuldade

☐

Extrema Dificuldade

☐

Anexo G – Breve descrição das sessões do programa de intervenção psicoeducativo

1ª Sessão

Na primeira sessão do programa são distribuídos *dossiers* para as participantes colocarem os materiais fornecidos pelos terapeutas que as acompanharam até ao final do programa.

A primeira sessão deste programa compreende uma breve apresentação dos terapeutas, explicação das suas funções, recordação dos objetivos da intervenção, bem como explicação das regras de funcionamento. A apresentação individual de cada membro do grupo consiste na exposição do nome, algumas características gerais (idade, estado civil, ocupação), bem como, as motivações para participar no grupo. Por fim, é pedido que cada membro anote os problemas que têm surgido em diferentes fases da doença, bem como, a leitura das participações de cada membro.

2ª Sessão

A segunda sessão consiste na apresentação das causas do cancro. Depois de apresentado o tema, visa-se a promoção de um estilo de vida saudável contra o cancro; o desenvolvimento da posição de que o cancro da mama é multifatorial; é feita a nomeação de fatores de risco que podem aumentar a probabilidade de se desenvolver cancro da mama e, por fim, sugere-se o preenchimento de um questionário de autoavaliação do estilo de vida (de comportamentos de saúde de alimentação e de proteção solar, bem como de consumo de tabaco).

3ª Sessão

Na sessão três é introduzido o tema “Exposição das alterações corporais que se encontram relacionadas com os tratamentos e o impacto que estas podem ter na autoestima da mulher”. O tema é discutido a partir da apresentação de algumas sugestões no sentido de lidar com as alterações e melhorar a autoestima. De seguida é feita uma discussão de formas de lidar com as alterações e listar soluções práticas. Por fim, são fornecidas estratégias que visam o aumento da autoestima.

4ª Sessão

O tema da sessão quatro consiste na “Abordagem das dificuldades psicológicas encontradas em sobreviventes de cancro”. Depois de introduzido o tema, fomenta-se a

flexibilidade e a adaptação como forma de adaptação aos acontecimentos de vida. Referem-se os fatores de risco para o “sofrimento psicológico” em pacientes com cancro da mama.

5ª Sessão

A quinta sessão consiste numa continuidade da sessão anterior e foca-se no método de resolução de problemas, no relaxamento, a meditação e na espiritualidade.

6ª Sessão

O tema da sessão seis é “Lidar coma incerteza e com o medo de recorrência”, pois na sequência da doença, as pessoas deparam-se frequentemente com pensamentos acerca da sua própria mortalidade, sentem medo de morrer, o que muitas vezes leva ao medo de reincidência, à tristeza e raiva de se sentir diferente dos outros. São ainda abordadas recomendações para gerir o medo de reincidência do cancro.

7ª Sessão

Na sétima sessão a “Comunicação nas relações interpessoais: a família, os amigos e colegas, os profissionais de saúde e outros” é o tema e inicia-se com a abordagem do processo geral de comunicação, centrando-se posteriormente na comunicação acerca da doença com as pessoas próximas e com os profissionais de saúde.

8ª Sessão

Por último, a oitava sessão, consiste na conclusão do grupo e no estabelecimento dos objetivos para o futuro. É realizada a avaliação dos objetivos pessoais, avaliação do grupo e o preenchimento de questionários (pós-teste).

Anexo H – Breve descrição das sessões do programa de terapia cognitivo-comportamental

1ª Sessão

A primeira sessão deste programa compreende a entrega do manual com a informação das sessões. Esta sessão, para além da familiarização com os princípios de terapia cognitivo-comportamental e com as regras do grupo, tem como objetivo o estabelecimento de um ambiente empático e colaborativo. Esta sessão engloba os seguintes diferentes momentos: apresentação do terapeuta e do coterapeuta, dos objetivos e regras de funcionamento do grupo; apresentação individual das participantes; atividade de exploração de aspetos comuns às participantes; identificação dos problemas relacionados com o cancro; apresentação do programa de intervenção; distribuição e familiarização com os registos de auto monitorização; estabelecimento do trabalho de casa e, por fim, familiarização com a técnica de respiração abdominal e de relaxamento muscular progressivo.

As regras de grupo apresentadas e discutidas nesta sessão são as seguintes: garantia da confidencialidade; participação anónima; evitar nomeação dos cuidadores formais; não beneficiar de ajuda psicológica exterior ao grupo; implicação sincera na terapia; motivação; falar em seu nome e participar assiduamente.

A breve atividade de exploração de aspetos comuns às participantes do grupo é realizada com vista ao aumento de coesão das participantes e consiste em, depois de formado um círculo e de mãos dadas, cada uma das participantes dizer uma coisa de que gosta muito e todas as que partilham esse gosto aproximam-se do centro do círculo formado.

Durante a identificação dos problemas relacionados com a doença pelas participantes, faz-se um registo esquemático desses problemas e das sessões em que são abordados.

2ª Sessão

A segunda sessão trata do tema “As causas e significado do cancro”. Depois de apresentado o tema, é analisado o registo de monitorização de uma situação comum de vida diária. De seguida são analisados e partilhados três registos de monitorização sobre as causas e o significado do cancro e parte-se dessa partilha para a apresentação multifatorial do desenvolvimento do cancro. Segue-se para a distinção de atribuições relacionadas com

um estilo de atribuição de controlo interno e externo. Explora-se as vantagens e desvantagens dos dois estilos de atribuição e salienta-se que a aproximação de uma atribuição ao controlo interno responsabiliza, mobiliza e capacita de maior controlo sobre a própria vida.

Antes do final solicita-se a síntese da sessão e é distribuído o trabalho de casa: “Analisar uma situação onde o impacto do tratamento sobre o corpo é experienciado como problemático”. No final, realiza-se relaxamento.

3ª Sessão

Na terceira sessão é introduzido o tema “Alterações corporais relacionadas com os tratamentos”. O tema é discutido a partir da análise dos trabalhos de casa. É aplicado o método de resolução de problemas com os conteúdos de preocupação partilhados. É enfatizado que o importante é integrar aos poucos os novos aspetos da experiência, seja através da adoção de soluções que levem a uma aproximação do que se era antes, quer as que levam à aceitação das alterações, sem esquecer recorrer às fontes de informação pertinentes para a preocupação física específica. Também é considerada a existência de perdas e ganhos da experiência. O trabalho de casa prescrito nesta sessão consiste no registo de monitorização com um problema relacionado com a família, o companheiro, os papéis sociais ou profissionais. Termina-se, como em todas as sessões, com aplicação de relaxamento muscular.

4ª Sessão

O tema da sessão quatro consiste no “Impacto da doença e do tratamento na autoestima”. Depois de introduzido o tema, as participantes são incentivadas a escrever três mensagens positivas para elas próprias, partilhando-as. Segue-se a análise dos trabalhos de casa em grupo, fomentando a discussão sobre o impacto dos tratamentos na autoestima abordando os diferentes papéis (relações de trabalho, familiares e conjugais). Tendo em consideração as alterações, procura-se soluções práticas em conjunto e discute-se as vantagens e desvantagens das soluções encontradas. Incentivam-se as participantes a integrar os aspetos da experiência e a recuperar a autoestima positiva. No final da discussão instruem-se as participantes a fazer elogios às três pessoas que se seguem à direita. Como trabalho de casa, para além de se solicitar a análise de uma situação que desencadeie a situação adversa de incerteza, incentivam-se as participantes a pedir elogios às pessoas significativas. Também se incentiva que enumeremos pontos fortes que

consideram ter ajudado a “vencer” a doença e a lidar com as alterações associadas. Termina-se, como em todas as sessões, com aplicação de relaxamento muscular.

5ª Sessão

Na quinta sessão o tema consiste em “Lidar com a incerteza”, que se inicia com um texto introdutório, seguido da análise dos trabalhos de casa. Para além da identificação das situações que originam os temores de reincidência, é incentivada a identificação de acontecimentos que tornam possível manter a esperança. Depois de identificados os pensamentos negativos, incentivam-se as participantes a encará-los como hipóteses e não como factos e enfatiza-se o carácter irracional dos pensamentos de incerteza, tentando encontrar pensamentos alternativos ou outras estratégias como a descentralização e a realização de tarefas de mestria e de prazer. É abordada a perda do sentimento de invulnerabilidade, e da maturidade adquirida com o conhecimento da auto vulnerabilidade. Discute-se o medo de morrer (sem se ficar autocentrado) e a capacidade de se confrontar com os próprios medos. Introduce-se o conceito de pensamentos recorrentes de recaída (por picos) e a aceitação do acompanhamento e avaliação médica para toda a vida e do conhecimento de possibilidade de recorrência. O trabalho de casa para a sessão seis consiste no preenchimento de um registo de monitorização com um momento bem e outro mal sucedido de comunicação com pessoas próximas. É igualmente solicitado às participantes que executem pelo menos três tarefas de mestria e de prazer em cada dia da semana.

6ª Sessão

O tema da sessão seis é o “Relacionamento com o parceiro e família (família, amigos ou outros)”, que se inicia com um texto introdutório e com a análise da primeira parte do trabalho de casa, uma situação de comunicação bem sucedida. Depois de se salientar que o cancro gera mudanças positivas e negativas no sistema relacional e de se reforçar as estratégias positivas, passa-se à análise de situações difíceis, recorrendo à técnica de *role-play*. Neste momento introduz-se o conceito de *role-play* (*play*, *feedback* e *replay*). Os participantes observadores têm critérios para fazer a observação (contacto visual, proporção, tonalidade e ritmo de diálogo). É fornecido *feedback* positivo e negativo e são propostas e treinadas propostas de comunicação alternativas, fornecidas pelas outras participantes. Como trabalho de casa, para além de se incentivar a utilização das estratégias de comunicação positiva, solicita-se o registo de monitorização com duas situações de

comunicação com técnicos de saúde: um bem-sucedido e outro difícil, tentando encontrar formas de melhorar a comunicação. Termina-se com aplicação de relaxamento muscular.

7ª Sessão

Na sétima sessão o “Relacionamento com os profissionais de saúde” é o tema e inicia-se com o texto introdutório e da análise de situações de comunicação positivas com profissionais de saúde. Começa-se por se fazer uma lista com as expectativas das participantes em relação aos profissionais de saúde, com objetivo de que verifiquem as elevadas expectativas. Depois deste exercício e de se enfatizar a importância e a utilidade do apoio da equipa médica, avança-se para a análise e *role-play* das situações difíceis. Como trabalho de casa para a sessão oito estabelece-se que devem partilhar os sentimentos positivos e negativos em relação ao grupo e fazer uma lista de objetivos pessoais. Termina-se com aplicação de relaxamento muscular.

8ª Sessão

Na oitava sessão, depois do texto introdutório, convidam-se as participantes a fazer a avaliação do grupo, com a expressão de sentimentos relativos ao fim das sessões. Depois tenta-se que as participantes identifiquem os objetivos que têm e solicita-se que reflitam sobre os obstáculos que são necessários ultrapassar. As participantes aprendem a decompor os seus objetivos em pequenos passos atingíveis e a operacionalizar como os alcançar. A utilização de outras técnicas também é reforçada como a técnica da visualização e a do pedido de apoio. Procura-se igualmente transformar o sentimento de rutura num sentimento de continuidade, ajudando as participantes a recuperar antigos projetos ou a construir novos (com base nas hierarquias individuais).

A intervenção termina com apresentação de uma síntese do programa e pede-se às participantes que descrevam o que conseguiram aprender com a intervenção. Também se tenta que as participantes identifiquem os obstáculos que antevêm e a forma de os ultrapassar.

Termina-se com o preenchimento de questionários de avaliação (pós-teste).